

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO**

Caroline Augusta Belo Faria

**Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões buco-maxilo-faciais:  
estudo multicêntrico**

Recife

2024

Caroline Augusta Belo Faria

**Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões buco-maxilo-faciais:  
estudo multicêntrico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia com área de concentração em Clínica Odontológica e ênfase em Estomatopatologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), como requisito para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica

**Orientadora:** Profa. Dra. Ana Paula Veras Sobral

**Coorientadora:** Profa. Dra. Marcia Maria da Fonseca da Silveira

Recife

2024

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

F224c Faria, Caroline Augusta Belo  
Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões buco-maxilo-faciais: estudo multicêntrico/Caroline Augusta Belo Faria; orientadora: Ana Paula Veras Sobral; coorientadora: Márcia Maria Silveira da Fonseca. - Recife, 2024.

53f.: il.; tab. -

Dissertação (Mestrado em Odontologia, área de concentração: Clínica Odontológica com ênfase em Estomatopatologia) - Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Recife, 2024.

1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO 2 DIAGNÓSTICO BUCAL 3  
MANIFESTAÇÕES BUCAIS 4 EPIDEMIOLOGIA 5 MANIFESTAÇÕES  
ESTOMATOLÓGICAS 6 ESTUDO MULTICÊNTRICO I Sobral, Ana Paula  
Veras (orient.) II Fonseca, Márcia Maria Silveira da (coorient.) III Título

CDD 23<sup>th</sup> ed.- 616.310 75  
BFOP-039/2024

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho e este sonho aos meus maiores incentivadores: meus pais (Marcio e Mercia), orientadora (Ana Paula Veras Sobral), amigos (Wesley, Ana Beatriz, Mariana, Rose, Ana Luisa, Douglas, Mika, Aline Belo, Clarice, Alison Guilherme), meu grupo de pesquisa (GREPO) e meu noivo (Danilo).

**Amo vocês!**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à Nossa Senhora por conceder-me a graça de chegar até este ponto com saúde, tendo as pessoas que amo e admiro ao meu lado. Expresso minha gratidão por serem minha fonte de esperança e coragem nestes tempos desafiadores.

A meus pais, **Marcio Augusto Broell Faria** e **Mercia Maria de Souza Belo Faria**, manifesto minha profunda gratidão por serem meus primeiros e maiores incentivadores. Agradeço por tudo que fizeram por minha formação e criação, sendo meus maiores exemplos de força, resiliência, dedicação e amor.

À minha orientadora, Professora Doutora **Ana Paula Veras Sobral**, expresso meu agradecimento por todo o conhecimento, confiança e acolhimento neste desafio de realizar um mestrado. Obrigada por inspirar-me e nunca desistir de mim nos momentos mais difíceis, sendo minha força. Agradeço também pelos conselhos e puxões de orelha.

Ao meu amigo e coorientador extraoficial, **Wesley Rodrigues**, agradeço por guiar-me no caminho para a realização desta pesquisa e por ser tão solícito sempre que recorro ao seu socorro. Obrigada pelas dicas e informações valiosas para a otimização do trabalho.

À Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP/UPE, ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia-PPGO, aos professores e colaboradores, expresso meu agradecimento pelo acolhimento nesta nova casa. Em especial, aos professores **Marcia Maria Fonseca da Silveira** e **Ronaldo Carvalho**, pelo espaço e ensinamentos durante a realização do estágio docente.

Agradeço a todas as instituições que aceitaram participar do meu trabalho, e à CAPES/CNPq, pela concessão da bolsa.

Aos amigos que a FOP me presenteou e que tornaram este período do mestrado mais leve e aos amigos de infância e de graduação, agradeço a parceria e amizade.

Ao meu noivo **Danilo Bellei**, manifesto minha gratidão pela paciência durante todo o processo.

Aos demais familiares que, de forma direta ou indireta, se fizeram presentes em minha vida e a todos os professores que fizeram parte da minha formação, meu muito obrigada.

"Seja – não um perfeccionista, mas – um buscador da perfeição.

Perfeição é muito diferente de perfeccionismo.

O primeiro é amadurecimento; o segundo é neurose.

O primeiro é crescimento; o segundo é obsessão."

**Osho**

## RESUMO

**Introdução:** O diagnóstico desempenha um papel vital na prática clínica odontológica, pois determina o tratamento de uma variedade de condições que podem afetar a cavidade bucal. Desta forma, o exame clínico minucioso é crucial para um diagnóstico preciso, bem como a solicitação, quando necessária, de exames complementares. A concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico é essencial para o planejamento e o sucesso do tratamento. **Objetivo:** avaliar a concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico de lesões oro-maxilofaciais. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, clínico-patológico, multicêntrico. Foram coletadas 20.005 fichas e laudos histopatológicos no período de 10 anos, e analisados os dados secundários (sexo, idade, localização da lesão e grupo de lesão). Análise descritiva foi realizada para a caracterização demográfica da amostra. O teste do qui-quadrado de Pearson foi realizado para verificar a associação entre a concordância das hipóteses clínicas e o diagnóstico histopatológico, e os grupos de lesões orais e maxilofaciais analisados ( $p \geq 0,005$ ). **Resultado:** Foi observada uma predominância de pacientes do sexo feminino (55,7%), com idade média de 44,3 anos (variação: 0-102 anos). Dos 20.005 casos, 78,3% são lesões assintomáticas; lábio e língua foram os sítios anatômicos mais afetados; em 25,9% dos casos foram solicitados exames de imagem. As lesões mais diagnosticadas foram: hiperplasia fibrosa, carcinoma de células escamosas oral, mucocele, cisto radicular/residual e granuloma piogênico. A concordância entre as hipóteses clínicas e os diagnósticos histopatológicos foi observada em 67,8% dos casos. O grupo das neoplasias mesenquimais e patologias epiteliais demonstram maior concordância diagnóstica clínico-histopatológica, enquanto variações de normalidade e tumores odontogênicos tiveram a maior discordância. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre a concordância das hipóteses clínicas e o diagnóstico histopatológico e os grupos de lesões orais e maxilofaciais analisados ( $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** A complexidade diagnóstica das lesões é evidenciada pela significância na concordância entre hipóteses clínicas e diagnósticos histopatológicos, destacando a necessidade de avaliações e práticas clínicas mais efetivas para garantir tratamentos precisos na odontologia.

**Palavras-chave:** Diagnóstico Clínico, Diagnóstico Bucal, Epidemiologia, Estudo Multicêntrico.

## ABSTRACT

**Introduction:** Diagnosis plays a vital role in dental clinical practice, as it determines the treatment of a variety of conditions that can affect the oral cavity. Thus, thorough clinical examination is crucial for accurate diagnosis, as well as the request, when necessary, for complementary tests. Concordance between clinical and histopathological diagnosis is essential for treatment planning and success. **Objective:** To evaluate the concordance between clinical and histopathological diagnosis of oro-maxillofacial lesions. **Methodology:** An epidemiological, retrospective, clinical-pathological, multicenter study was conducted. A total of 20,005 medical records and histopathological reports were collected over a period of 10 years, and secondary data (sex, age, lesion location, and lesion group) were analyzed. Descriptive analysis was performed to characterize the demographic sample. Pearson's chi-square test was conducted to verify the association between the concordance of clinical hypotheses and histopathological diagnosis, and the analyzed groups of oral and maxillofacial lesions ( $p \geq 0.005$ ). **Result:** A predominance of female patients (55.7%) was observed, with a mean age of 44.3 years (range: 0-120 years). Out of 20,005 cases, 78.3% were asymptomatic lesions; the lip and tongue were the most affected anatomical sites; imaging tests were requested in 25.9% of cases. The most diagnosed lesions were: fibrous hyperplasia, oral squamous cell carcinoma, mucocele, radicular/residual cyst, and pyogenic granuloma. Concordance between clinical hypotheses and histopathological diagnoses was observed in 67.8% of cases. The group of mesenchymal neoplasms and epithelial pathologies showed greater clinical-histopathological diagnostic concordance, while variations of normality and odontogenic tumors had the highest discordance. There was a statistically significant difference between the concordance of clinical hypotheses and histopathological diagnosis and the analyzed groups of oral and maxillofacial lesions ( $p < 0.0001$ ). **Conclusion:** The diagnostic complexity of lesions is evidenced by the significance in the concordance between clinical hypotheses and histopathological diagnoses, highlighting the need for more effective clinical evaluations and practices to ensure precise treatments in dentistry.

**Keywords:** Clinical Diagnosis, Oral Diagnosis, Epidemiology, Multicenter Study.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1:</b> Frequência de casos diagnosticados ao longo dos anos do período analisado. ....  | 34 |
| <b>Figura 2:</b> Frequência de casos diagnosticados em cada grupo de lesões orais. ....   | 35 |
| <b>Figura 3:</b> Frequência relativa e absoluta dos sítios anatômicos acometidos pelas lesões orais e maxilofaciais.....  | 36 |
| <b>Figura 4:</b> Frequência relativa e absoluta da concordância entre as hipóteses clínicas e o diagnóstico histopatológico nos diferentes grupos de lesões orais e maxilofaciais. .... | 38 |
| <br>  |    |
| <b>Quadro 1:</b> Elenco de lesões de origem infecciosa incluídas no Grupo 1 .....   | 17 |
| <b>Quadro 2:</b> Elenco de tumores de partes moles incluídas no Grupo 2 .....   | 18 |
| <b>Quadro 3:</b> Elenco de doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas incluídas no Grupo 3 .....  | 21 |
| <b>Quadro 4:</b> Elenco de Lesões reacionais/inflamatórias incluídas no Grupo 4 .....   | 22 |
| <b>Quadro 5:</b> Elenco de tumores odontogênicos incluídos no Grupo 5 .....   | 23 |
| <b>Quadro 6:</b> Elenco de cistos dos maxilares incluídos no Grupo 6.....   | 24 |
| <b>Quadro 7:</b> Elenco de patologias de glândula salivar incluídas no Grupo 7 .....  | 25 |
| <b>Quadro 8:</b> Elenco de DPTM incluídas no Grupo 8.....   | 26 |
| <b>Quadro 9:</b> Elenco de Patologias ósseas incluídas no Grupo 9 .....   | 27 |
| <b>Quadro 10:</b> Elenco de patologias epiteliais incluídas no Grupo 10 .....   | 28 |
| <b>Quadro 11:</b> Elenco de variações de normalidade e outras lesões incluídas no Grupo 11 .....  | 29 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1:</b> Caracterização do sexo e idade dos pacientes participantes de acordo com o grupo de lesões.....   | 35 |
| <b>Tabela 2:</b> Associação entre a concordância das hipóteses clínicas e do diagnóstico histopatológico e diferentes grupos de lesões orais e maxilofaciais. .... | 38 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|      |   |
|------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas    |
| CEP  | Comitê de Ética em Pesquisa                 |
| OMS  | Organização Mundial da Saúde                |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  |
| UFG  | Universidade Federal de Goiás               |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais        |
| UFRN | Universidade Federal do Rio Grande do Norte |

## SUMÁRIO

|          |   |    |
|----------|---|----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>   | 12 |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b>  | 14 |
| 2.1      | Objetivo geral  | 14 |
| 2.2      | Objetivos específicos   | 14 |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA</b>  | 15 |
| 3.1      | Considerações éticas  | 15 |
| 3.2      | Tipo de estudo  | 15 |
| 3.3      | Localização do estudo   | 15 |
| 3.4      | Seleção da Amostra  | 15 |
| 3.5      | Coleta de Dados   | 16 |
| 3.6      | Grupo 1 – Doenças Infecciosas   | 16 |
| 3.7      | Grupo 2 – Tumores de partes moles                                       | 18 |
| 3.8      | Grupo 3 – Doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas            | 20 |
| 3.9      | Grupo 4 – Lesões reacionais/inflamatórias                               | 22 |
| 3.10     | Grupo 5 – Tumores odontogênicos   | 22 |
| 3.11     | Grupo 6- Cistos dos maxilares   | 23 |
| 3.12     | Grupo 7 – Patologias de glândula salivar                                | 24 |
| 3.13     | Grupo 8 – Desordens com potencial de transformação maligna – DPTM       | 25 |
| 3.14     | Grupo 9 – Patologias ósseas   | 26 |
| 3.15     | Grupo 10 – Patologia epitelial  | 28 |
| 3.16     | Grupo 11 – Variações de normalidade e outras Lesões                     | 28 |
| 3.17     | Análise Estatística   | 29 |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS</b>   | 30 |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | 45 |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>  | 46 |
|          | <b>ANEXO A – Certificação do Comitê de Ética</b>                        | 48 |
|          | <b>ANEXO B – Modelo carta convite</b>                                   | 52 |
|          | <b>ANEXO C – Dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido</b> | 53 |
|          | <b>ANEXO D – Modelo da Anuência</b>                                     | 54 |

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de diagnóstico pode ser descrito como o reconhecimento ou identificação das doenças através de suas características clínicas e patológicas (1). O diagnóstico das diversas lesões que acometem a cavidade oral e estruturas anexas é de fundamental importância para a prática odontológica, tendo em vista que cerca de 3% das lesões que afetam a cavidade bucal têm curso clínico letal (1, 2). A maioria das lesões bucais nem sempre são casos de fácil identificação; apresentam-se assintomáticas, sendo geralmente diagnosticadas em exames de rotina (3).

A obtenção de informações é necessária para um diagnóstico seguro, e diretamente proporcional ao exame clínico, que se realizado de maneira inadequada compromete o diagnóstico (4, 5). O exame clínico desempenha um papel inquestionável e de suma importância na rotina clínica; porém, em muitos casos são necessários exames complementares ou auxiliares de diagnóstico, como os de imagem, cito e histopatológico e de análises clínicas (6). Os exames auxiliares ou complementares de diagnóstico são importantes, uma vez que as lesões nem sempre apresentam características clínicas que permitam estabelecer o diagnóstico com manobras semiotécnicas, como a inspeção visual. Nesses casos é necessária a utilização de outros recursos diagnósticos (2, 6-8). A correlação entre o exame clínico e exames auxiliares de diagnóstico é importante para a conclusão diagnóstica (2, 4).

Na prática odontológica, é frequente que os profissionais se deparam com lesões desafiadoras, cujo diagnóstico suscita dúvidas. Diante dessa situação, é essencial considerar a possibilidade de realizar uma biópsia como parte integrante, e por vezes decisiva, do processo de diagnóstico (7).

Quando ocorre a discordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico, nem sempre o diagnóstico clínico está incorreto. Em muitas situações, a discordância entre eles reflete diferenças metodológicas adotadas nos critérios diagnósticos e/ou falta de qualificação profissional para realizá-los. Em uma biópsia pode ocorrer falta de representatividade do material e problemas na fixação e manipulação inadequada do espécime (9, 10). Quando eliminamos a execução inadequada dos métodos de diagnóstico, e ainda assim forem verificadas divergências, afirma-se que a análise histopatológica poderá se sobrepor a hipóteses clínicas (8). É sabido que o exame histopatológico, em muitas situações, é considerado o padrão ouro para o diagnóstico final. Sendo assim, considerar a análise histopatológica no caso de diagnósticos clínicos inconclusivos é imperativo, sendo adequada a comunicação entre o cirurgião-dentista (CD) clínico e o patologista oral e maxilofacial (11, 12).

Alguns estudos epidemiológicos demonstraram concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (1, 7, 13, 14), porém de forma restrita, se limitando a alguma lesão ou população específica. Nenhum estudo anterior, recente foi encontrado na literatura comparando a concordância diagnóstica clínico e histopatológica de forma ampla e irrestrita dentro do território brasileiro a nível multicêntrico, permitindo um mapeamento epidemiológico amplo e a avaliação da capacidade de reconhecimento das lesões.

Sendo assim, faz-se importante identificar os dados sociodemográficos que contribuem para a elaboração do diagnóstico clínico (8, 14). Além de dados demográficos, como sexo e idade, apresentar um caráter multicêntrico fornece à pesquisa uma visão detalhada de regiões distintas e abrangente e robusta das doenças orais e maxilofaciais em diversas populações e contextos geográficos (15-17). Esses dados são fundamentais para a compreensão das condições de saúde bucal em diferentes contextos populacionais, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes.

As pesquisas sobre a frequência de enfermidades de cunho epidemiológico são focadas em registrar, na sua maioria, a ocorrência de condições particulares em uma população específica, como é o caso de crianças e adolescentes, durante um período determinado (18). E condições específicas como cistos odontogênicos, tumores odontogênicos e tumores de glândulas salivares também apresentam vários estudos epidemiológicos (19, 20).

As lesões na boca, bem como manifestação oral de doenças sistêmicas, são frequentes na população brasileira e podem representar graves consequências sociais e econômicas aos acometidos, sendo muitas vezes reflexo do cenário em que os indivíduos estão inseridos (7). Portanto, conhecer o perfil clínico-social e a frequência das lesões na população é indispensável para o diagnóstico e consequente manejo adequado do paciente (7, 13, 14).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais a nível multicêntrico, com território Brasileiro sendo representado por amostragem.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a de concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo- faciais.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) descrever o perfil clínico-social dos pacientes com lesões oro-maxilo-faciais;
- b) estabelecer a lesão oro-maxilo-facial e o grupo de lesões oro-maxilo-faciais mais prevalente;
- c) identificar a lesão oro-maxilo-facial e o grupo de lesões oro-maxilo-faciais que apresenta maior concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico;
- d) identificar a lesão oro-maxilo-facial e o grupo de lesões oro-maxilo-faciais que apresentam menor concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico;
- e) comparar a concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico por lesão e grupo de lesões oro-maxilo-faciais.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Considerações éticas**

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco e aprovado sob o processo nº 6.503.808 e CAAE: 74546823.0.1001.5207.

Cartas convites foram enviadas para os responsáveis, e, após o aceite, foram enviados o Termo de Anuência, o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) e o Termo de Dispensa de Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexos 1, 2 e 3).

#### **3.2 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, clínico-patológico, multicêntrico, em que foram coletados dados secundários de fichas e laudos histopatológicos no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2022.

#### **3.3 Localização do estudo**

Foram convidados a participar do estudo os serviços de Patologia Oral e Maxilofacial de universidades federais e estaduais brasileiras: Universidade do Amazonas (UFMA), Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Pelotas (UFPel), Universidade do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade de Goiás (UFG), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal Da Bahia (UFBA).

Os responsáveis de cada universidade convidada são apresentados a seguir: Região Nordeste – Universidade de Pernambuco (UPE) – Profa. Dra. Ana Paula Veras Sobral; Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Profa. Dra. Lélia Baptista de Souza; Região Sudeste – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Prof. Dr. Ricardo Alves Mesquita; Região Centro-Oeste – Universidade Federal de Goiás (UFG) – Prof. Dr. Elismauro Francisco de Mendonça. O consorte foi coordenado pela orientadora deste projeto, Profa. Dra. Ana Paula Veras Sobral, que representa, neste caso, a Universidade de Pernambuco, onde o projeto foi concluído e os dados analisados.

#### **3.4 Seleção da Amostra**

A amostra foi não probabilística por conveniência, constituída pelas fichas de solicitação de exame histopatológico e laudos histopatológicos, fornecidos pelos serviços de

Patologia Oral e Maxilofacial das Universidades que constituíram o consorte, seguindo os critérios pré-estabelecidos de:

- a) **Inclusão:** Foram incluídos os dados das fichas e laudos de exame histopatológico fornecido pelas universidades;
- b) **Exclusão:** Foram excluídos casos sem hipótese de diagnóstico clínico; de revisão de lâmina e/ou segunda opinião diagnóstica; cujo diagnóstico histopatológico foi de tecidos compatíveis com normalidade nas hipóteses clínicas; de diagnóstico inconclusivo ou descritivos; cujo material impossibilitou o diagnóstico histopatológico.

### 3.5 Coleta de Dados

Foram analisados os dados de solicitação de exame histopatológico (diagnóstico clínico) e dos laudos histopatológicos. Foram coletados os dados demográficos: sexo, idade, localização anatômica, e universidade de origem. As hipóteses de diagnóstico clínico coletadas e registradas nos prontuários e seus respectivos diagnósticos histopatológicos foram agrupados em 11 Grupos de Lesões. Os grupos foram numerados, e as lesões pertencentes estão especificadas de acordo com seu grupo em: Doenças Infecciosas (Grupo 1) (21); Tumores de Tecidos Moles (Grupo 2) (22); Doenças Dermatológicas e Imunologicamente Mediadas (Grupo 3) (22); Lesões Reacionais/Inflamatórias (Grupo 4) (21); Tumores Odontogênicos (Grupo 5) (21); Cistos dos maxilares (Grupo 6) (23); Patologias das Glândulas salivares (Grupo 7) (22, 23); Desordens Potencialmente Malignas – DPTM (Grupo 8) (21); Patologias Ósseas (Grupo 9) (24, 25); Patologia Epitelial (Grupo 10) (24, 25); e outras lesões (Grupo 11) (22). Os grupos foram estabelecidos de acordo com a classificação da OMS (21, 23-27), e as lesões que não foram contempladas nessa classificação foram agrupadas de acordo com Neville (22).

### 3.6 Grupo 1 – Doenças Infecciosas

O grupo das doenças infecciosas representa uma diversidade de condições que afetam os tecidos moles da cavidade oral. São causadas por diferentes agentes infecciosos, incluindo bactérias, fungos, protozoários e vírus (Quadro 1).

**Quadro 1:** Elenco de lesões de origem infecciosa incluídas no Grupo 1

| <b>Doenças infecciosas</b>  |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| <b>Bacterianas</b>  | <b>Fúngicas</b>  | <b>Protozoárias</b>   | <b>Virais</b>   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tuberculose:<br/>Primária<br/>Secundária<br/>Miliar</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Candidose:<br/>Pseudomenbranosa<br/>Eritematosa<br/>Atrofia papilar<br/>central<br/>Multifocal crônica<br/>Queilite angular<br/>Estomatite por<br/>dentadura<br/>Hiperplásica<br/>Mucocutânea<br/>Síndrome de<br/>candidíase endócrina</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Leishmaniose</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesões por<br/>Papiloma Vírus<br/>Humano - HPV:<br/>Papiloma escamoso<br/>Condiloma<br/>acuminado<br/>Verruga vulgar<br/>Verruga plana<br/>Verruga<br/>palmoplantar<br/>Verruga de<br/>açougueiro</li> </ul> |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gonorreia</li> </ul>   |  |   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Difteria</li> </ul>  |  |   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● NOMA</li> </ul>  |  |   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Abscesso:<br/>Dento Alveolar</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Histoplasmose</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Larva migrans</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enteroviroses<br/>Herpangina<br/>Doença dos pés mãos<br/>e boca<br/>Faringite<br/>linfonodular aguda</li> </ul>  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Concreções<br/>amigdalianas e<br/>tonsilolitíase</li> </ul>                    |  |   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hanseníase</li> </ul>  |  |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Paracoccidiomicose</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vírus da<br/>Imunodeficiência<br/>Humana - HIV</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sinusites dos<br/>maxilares</li> </ul>   |  |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Blastomicose</li> </ul>       |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actinomicose</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Zigomicose</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Molusco<br/>contagioso</li> </ul>  |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Doença por<br/>arranhadura de gato</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aspergilose</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesões por Herpes<br/>vírus humano simples<br/>-HHV<br/>Gengivite estomatite<br/>herpética<br/>Vírus da varicela<br/>Zóster<br/>Vírus Epstein-barr<br/>Citomegalovírus<br/>HHV6<br/>HHV7<br/>HHV8</li> </ul> |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Impetigo<br/>Bolhoso<br/>Não bolhoso<br/>Dermatite<br/>impetgnizada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Esporotricose</li> </ul>  |   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Faringite e<br/>tonsilite</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mucormicose</li> </ul>  |   |   |  |  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Coccidioidomicose<br/>(febre do San Joaquin<br/>Valley; febre do vale;<br/>cocci)</li> </ul>  |   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estreptocócica</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Criptococose</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rubéola</li> </ul>   |   |  |  |

|                                    |  |           |
|------------------------------------|--|-----------|
| ● Erisipela                        |  | ● Caxumba |
| ● Febre escarlate<br>(escarlatina) |  | ● Sarampo |

Fonte: Neville (22)

### 3.7 Grupo 2 – Tumores de partes moles

Tumores de partes moles são classificados com base em suas características histológicas, localização e origem. Diferentemente de tumores ósseos ou outros tipos de câncer, essas neoplasias se originam a partir de células que compõem os tecidos de partes moles do corpo, como tecido conjuntivo, endotelial, muscular, neural e outros componentes não ósseos (Quadro 2).

**Quadro 2:** Elenco de tumores de partes moles incluídas no Grupo 2

| <b>Tumores de partes moles</b>   |   |
|--|---|
| <b>Benignos</b>  | <b>Malignos</b>   |
| <i>De origem do tecido conjuntivo</i>  | <i>De origem do tecido conjuntivo</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lipoma</li> <li>- Angiolipoma</li> <li>- Lipoma de células fusiformes/pleomórfico</li> <li>- Tumor lipomatoso atípico de células fusiformes/tumor lipomatoso pleomórfico</li> <li>- Tumor lipomatoso atípico</li> <li>● Fibroma: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fascite nodular</li> <li>- Fibromatose desmóide</li> <li>- Tumor fibroso solitário</li> <li>- Tumor miofibroblástico inflamatório <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fibroma de irritação</li> <li>· Fibroma traumático</li> <li>· Hiperplasia fibrosa focal</li> <li>· Nódulo fibroso</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Tumores fibro-ósseos</li> <li>- Condroma de partes moles</li> <li>● Hiperplasia fibrosa inflamatória <ul style="list-style-type: none"> <li>Epúlide fissurada</li> <li>Tumor por trauma de dentadura</li> <li>Epúlide por dentadura</li> <li>Hiperplasia papilomatosa inflamatória</li> </ul> </li> <li>● Fibroblastoma</li> <li>● Fibroma de células gigantes</li> <li>● Fibro-histiocitoma</li> <li>● Dermatofibroma</li> <li>● Fibroxantoma</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fibrossarcoma</li> <li>● Granuloma Letal Mediano</li> <li>● Lipossarcoma bem diferenciado</li> <li>● Lipossarcoma desdiferenciado</li> <li>● Lipossarcoma mixoide</li> <li>● Lipossarcoma pleomórfico mixoide</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fibrose nodular subepidérmica</li> <li>● Fibromatose</li> <li>● Miofibroma</li> <li>● Mucinosse Oral focal</li> <li>● Lesão periférica de células gigantes</li> <li>● Fibroma ossificante periférico</li> <li>Epúlidade fibroide ossificante</li> <li>Fibroma periférico com calcificação</li> <li>Granuloma fibroblástico calcificante</li> <li>● Granuloma piogênico ou hemangioma capilar nodular</li> <li>● Epúlidade congênita</li> <li>● Tumor de tecidos moles alterado por GLII</li> </ul> |  |
| <p style="text-align: center;"><i>De origem do tecido endotelial</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemangioma</li> <li>● Hemangioma epitelióide</li> <li>● Hemangioma esclerosante</li> <li>● hemangiopericitoma</li> <li>● Síndrome de sturge-weber</li> <li>● Angiofibroma nasofaríngeo</li> <li>● Angiofibroma</li> </ul>   | <p style="text-align: center;"><i>De origem do tecido endotelial</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Angiossarcoma</li> <li>● Sarcoma de Kaposi</li> <li>● Hemangioendotelioma epitelióide</li> </ul>   |
| <p style="text-align: center;"><i>De origem do tecido neural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neuroma traumático ou neuroma de amputação</li> <li>-Neuroma circunscrito solitário</li> <li>- Neurilemona (schwannoma)</li> <li>- Neurofibroma</li> <li>- Neurofibromatose</li> <li>- Histiocitose de Células de Langerhans</li> </ul>   | <p style="text-align: center;"><i>De origem do tecido neural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Shwanoma Maligno</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;"><i>De origem do tecido muscular</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LeioMioma</li> <li>- Rabidomioma</li> <li>- Miofibroma</li> </ul>   | <p style="text-align: center;"><i>De origem do tecido muscular</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Leiomiossarcoma</li> <li>● Rabdomiossarcoma</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● De origem do tecido hematopoiética</li> <li>● Linfadenopatia</li> <li>● Linfagioma</li> </ul>  | <p style="text-align: center;"><i>De origem do tecido hematopoiética</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Linfomas</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;"><i>De origem de outros componentes não ósseos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Adenofibroma</li> <li>● Tumor de células granulares</li> <li>● mixoma</li> <li>● Tumor mesenquimal fosfatúrico</li> </ul>   | <p style="text-align: center;"><i>De origem de outros componentes não ósseos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sarcoma sinovial</li> <li>● Sarcomas indiferenciados de pequenas células redondas de osso e partes moles</li> <li>● Condrossarcoma mixoide extraesquelético</li> </ul> |

Fonte: Neville (22); Jo, Demicco (27)

### **3.8 Grupo 3 – Doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas**

As doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas que afetam a cavidade bucal abrangem um amplo espectro de condições, comprometendo a derme e/ou mucosas. Essas doenças podem surgir devido a dois principais mecanismos: resposta imunológica anormal do corpo ou a ação direta de patógenos na região. Muitas dessas condições são classificadas como doenças autoimunes, nas quais o sistema imunológico não reconhece os tecidos normais. Essas doenças podem se manifestar como vesículas/bolhas ou úlceras na mucosa oral, causando desconforto e, em alguns casos, comprometendo a função mastigatória e a fala (Quadro 3).

**Quadro 3:** Elenco de doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas incluídas no Grupo 3

| <b>Doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas</b>   |  |
|---|--|
| <b>Dermatológicas e imunologicamente mediadas</b>   | <b>Genodermatoses</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoríase</li> <li>• Eritema multiforme</li> <li>• Pênfigo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>· vulgar</li> <li>· vegetante</li> <li>· eritematoso</li> <li>· foliáceo</li> <li>· bolhoso</li> <li>· paraneoplásico</li> </ul> </li> <li>• Penfigóide das membranas mucosas (Penfigóide cicatricial; penfigoide benigno das membranas mucosas)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritema multiforme</li> <li>• Maior</li> <li>• Menor</li> <li>• Nevo branco esponjoso</li> <li>• Líquen Plano</li> <li>Liquen plano reticular</li> <li>Liquen plano erosivo</li> <li>Liquen plano bolhoso</li> <li>Liquen plano pigmentoso</li> <li>Liquen plano hipertrófico</li> </ul> </li> <li>• Doença do enxerto versus hospedeiro               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Aguda</li> <li>· Crônica</li> </ul> </li> <li>• Lúpus eritematoso               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Lúpus eritematoso sistêmico (LES)</li> <li>· Lúpus eritematoso cutâneo crônico (LECC)</li> <li>· Lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECS)</li> </ul> </li> <li>• Eritema migratório</li> <li>• Acanthose nigricans</li> <li>• Estomatite Ulcerativa Crônica</li> <li>• Disqueratoma verrucoso</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disqueratose congênita</li> <li>• Disqueratose intraepitelial benigna hereditária</li> <li>• Displasia mucoepitelial hereditária</li> <li>• Displasia ectodérmica</li> <li>Displasia ectodérmica hipohidrótica</li> <li>Displasia ectodérmica anidrótica</li> <li>Displasia ectodérmica hidrótica</li> <li>Displasia ectodérmica com imunodeficiência</li> <li>• Doença de Darier</li> <li>• Epidermólise bolhosa</li> <li>Epidermólise bolhosa simples</li> <li>Epidermólise bolhosa juncional</li> <li>Epidermólise bolhosa distrófica</li> <li>Epidermólise bolhosa hemorrágica</li> <li>• Esclerose sistêmica (esclerose sistêmica progressiva; escleroderma; doença de hide-bound)</li> <li>• Esclerose tuberosa               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Epiloia</li> <li>· Síndrome de bourneville-pringle</li> </ul> </li> <li>• Xeroderma pigmentoso</li> <li>• Síndrome dos hamartomas múltiplos               <ul style="list-style-type: none"> <li>· síndrome de cowden</li> <li>· síndrome do tumor hamartomaptén</li> </ul> </li> <li>• Síndrome de Peutz-Jeghers</li> <li>• Síndromes de ehlers-danlos</li> <li>• Telangiectasia hemorrágica hereditária</li> <li>• Paquioníquia congênita</li> </ul> |

Fonte: Neville (22)

### 3.9 Grupo 4 – Lesões reacionais/inflamatórias

O Grupo 4 compreende uma variedade de condições patológicas que se desenvolvem como resposta do organismo a estímulos irritativos. Essas lesões são caracterizadas por inflamação e uma resposta adaptativa do tecido a agressões externas (Quadro 4).

**Quadro 4:** Elenco de Lesões reacionais/inflamatórias incluídas no Grupo 4

| <b>Lesões reacionais/inflamatórias</b> |
|--|
| Hiperplasia Linfóide                   |
| Pólipo pulpar                          |
| Úlcera eosinofílica                    |
| Hiperkeratose                          |
| Mucosite                               |
| Processo inflamatório inespecífico     |

Fonte: Neville (22)

### 3.10 Grupo 5 – Tumores odontogênicos

Os tumores odontogênicos referem-se a uma variedade de neoplasias que se desenvolvem a partir de tecidos relacionados aos dentes ou derivados do epitélio e do mesênquima, envolvidos na formação dentária. Esses tumores podem se manifestar em várias áreas da cavidade oral e maxilofacial, e sua classificação é baseada em características histológicas e comportamento clínico.

**Quadro 5:** Elenco de tumores odontogênicos incluídos no Grupo 5

| <b>Tumores odontogênicos</b>  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Tumores odontogênicos malignos</b>   | <b>Tumores odontogênicos benignos</b>  |   |  |
|   | <b>Epiteliais</b>  | <b>Mistos</b>   | <b>Mesenquimais</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma:</li> <li>• ameloblástico</li> <li>• intra ósseo primário</li> <li>• odontogênico esclerosante</li> <li>• odontogênico de células claras</li> <li>• odontogênico de células fantasmas</li> <li>• Carcinossarcoma odontogênico</li> <li>• Sarcomas odontogênicos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ameloblastoma: convencional unicístico</li> <li>Periférico/extraosséo</li> <li>Metástico</li> <li>- Tu. odontogênico</li> <li>Epitelial calcificante</li> <li>- Tu. odontogênico adenomatóide</li> <li>- Tu odontogênico escamoso</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Odontoma</li> <li>-Fibroma ameloblástico</li> <li>-Tu. dentinogênico de células fantasmas</li> <li>-Tu odontogênico primordial</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cementoblastoma</li> <li>-Mixoma odontogênico</li> <li>-Fibroma Cimento ossificante</li> <li>-Fibroma odontogênico</li> </ul> |

Fonte: Vered, Wright (21).

### 3.11 Grupo 6- Cistos dos maxilares

Os cistos dos maxilares são uma categoria de lesões císticas que se formam na região oral e maxilofacial, associados ou não ao desenvolvimento anormal de tecidos relacionados aos dentes (Quadro 6).

**Quadro 6:** Elenco de cistos dos maxilares incluídos no Grupo 6

| <b>Cistos dos maxilares</b>  |  |   |
|--|--|---|
| <b>De origem odontogênica</b>  |  | <b>Não odontogênica</b>   |
| <b>Inflamatório</b>  | <b>De desenvolvimento</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cisto Radicular:</li> <li>● residual</li> <li>● Cisto Paradental</li> <li>● Cisto inflamatório colateral</li> <li>● Cisto Mandibular bucal bifurcação (MBBC)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cisto odontogênico ortoqueratinizado</li> <li>● Cisto odontogênico</li> <li>● Cisto odontogênico glandular</li> <li>● Cisto odontogênico calcificante</li> <li>● Cisto gengival (de adulto / criança)</li> <li>● Cisto odontogênico botrióide</li> <li>● Cisto periodontal lateral</li> <li>● Cisto dentífero</li> <li>● Queratocisto odontogênico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cisto nasolabial</li> <li>● Cisto do ducto nasopalatino</li> <li>● Cisto dermoide</li> <li>● Cisto epidermóide</li> <li>● Cisto palatino mediano</li> <li>● Cisto linfoepitelial</li> <li>● Cisto cirúrgico ciliado</li> </ul> |

Fonte: Vered, Wright (21).

### 3.12 Grupo 7 – Patologias de glândula salivar

Este grupo inclui uma variedade de lesões, como condições infecto-inflamatórias, distúrbios autoimunes, cistos, neoplasias e processos não neoplásicos, que acometem as glândulas salivares maiores e menores (Quadro 7).

**Quadro 7:** Elenco de patologias de glândula salivar incluídas no Grupo 7

| <b>Patologias de glândula salivar</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Não neoplásica</b>   | <b>Neoplásica</b>  |  |
|   | <b>Benignas</b>  | <b>Malignas</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Sjogren</li> <li>• Adenose esclerosante policística</li> <li>• Hiperplasia nodular oncocítica</li> <li>• Sialoadenite: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Linfoepitelial</li> <li>· Crônica Esclerosante</li> <li>· Necrosante</li> </ul> </li> <li>• Hiperplasia do ducto intercalado</li> <li>• Queilite glandular</li> <li>• Rânula</li> <li>• Aplasia da glândula salivar</li> <li>• Xerostomia</li> <li>• Mucocele</li> <li>• Sialolitíase</li> <li>• Sialorréia</li> <li>• Hiperplasia adenomatóide das glândulas salivares menores</li> <li>• Sialometaplasia necrosante</li> <li>• Doença relacionada com igg4</li> <li>• Cisto do ducto salivar</li> <li>• Cisto de retenção de muco</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenoma pleomórfico</li> <li>• Adenoma policístico esclerosante</li> <li>• Mioepitelioma</li> <li>• Mioepitelioma subtipo oncocítico</li> <li>• Adenoma de células basais</li> <li>• Adenoma canalicular</li> <li>• Tumor de Warthin</li> <li>• Oncocitoma</li> <li>• Linfadenoma sebáceo</li> <li>• Cistoadenoma papilar</li> <li>• Papiloma ductal: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sialoadenoma papilífero</li> <li>· Papiloma intraductal</li> <li>· Papiloma intraductal invertido</li> </ul> </li> <li>• Adenoma sebáceo</li> <li>• Adenoma Policístico Esclerosante</li> <li>• Adenoma de ducto intercalado</li> <li>• Adenoma de ducto estriado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma mucoepidermóide</li> <li>• Adenocarcinoma sebáceo</li> <li>• Carcinoma ex adenoma pleomórfico</li> <li>• Adenocarcinoma microcístico esclerosante</li> <li>• Adenocarcinoma mucinoso</li> <li>• Carcinoma epitelial-mioepitelial</li> <li>• Carcinoma mioepitelial</li> <li>• Carcinoma intraductal <ul style="list-style-type: none"> <li>· Subtipo ducto intercalado</li> <li>· Subtipo apócrino</li> </ul> </li> <li>• Carcinoma de ducto salivar</li> <li>• Adenocarcinoma basocelular</li> <li>• Carcinoma de células claras hialinizante</li> <li>• Adenocarcinoma polimorfo <ul style="list-style-type: none"> <li>· Subtipo clássico</li> <li>· Subtipo cribriforme</li> </ul> </li> <li>• Carcinoma secretor</li> <li>• Carcinoma de células acinares</li> <li>• Carcinoma secretor</li> <li>• Adenocarcinoma microsecretor</li> <li>• Carcinoma adenóide cístico</li> </ul> |

Fonte: Neville (22); Skálová, Hycza, Leivo (23).

### 3.13 Grupo 8 – Desordens com potencial de transformação maligna – DPTM

As DPTM se referem a uma categoria de lesões e condições oro-maxilo-faciais que apresentam um risco intrínseco de sofrer transformação maligna, caso não sejam devidamente diagnosticadas e tratadas. Estas desordens podem afetar diversas áreas da região da cabeça e pescoço, incluindo a boca, os lábios, a língua, as glândulas salivares, a mandíbula e outras estruturas relacionadas (Quadro 8).

Os casos com diagnóstico clínico de leucoplasia, apesar de apresentarem caráter estritamente clínico, serão incluídos no grupo da DPTM (Grupo 8) e no de neoplasias malignas (Grupo 10) quando o diagnóstico microscópico foi de hiperortoqueratose, hiperparaqueratose, hiperplasia epitelial ou graus de displasia epitelial, carcinoma epidermóide. E quanto ao diagnóstico clínico de queilite actínica, serão incluídos no grupo da DPTM (Grupo 8) quando o diagnóstico microscópico foi de hiperortoqueratose, hiperparaqueratose, hiperplasia epitelial ou graus de displasia epitelial; os de carcinoma epidermóide corresponderam ao grupo das neoplasias epiteliais malignas (Grupo 10). Do mesmo modo, o diagnóstico de eritroplasia será incluído quando o diagnóstico histológico representar qualquer grau de displasia epitelial ou carcinoma epidermóide; neste caso, corresponderam aos grupos da DPTM (Grupo 8) e de neoplasias malignas (Grupo 10), respectivamente.

**Quadro 8:** Elenco de DPTM incluídas no Grupo 8

| <b>Desordens com potencial de transformação maligna – DPTM</b>  |  |
|---|--|
| <b>Lesões</b>   | <b>Condições</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibrose oral submucosa</li> <li>• Queilite actínica</li> <li>• Leucoplasia:<br/>delgada lisa<br/>espessa lisa<br/>verrucosa proliferativa</li> <li>• Eritroplasia</li> <li>• Estomatite Nicotínica</li> <li>• Queratose laríngea</li> <li>• Queratose do tabaco sem fumaça</li> <li>Displasias epiteliais orais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de plummer</li> <li>• Síndrome de Gardner</li> </ul> |

Fonte: Neville (22)

### 3.14 Grupo 9 – Patologias ósseas

As patologias ósseas maxilofaciais são um conjunto de condições que afetam os ossos da região do crânio, incluindo a face e ossos maxilares, bem como estruturas faciais circundantes. Essas patologias podem abranger uma ampla gama de distúrbios, desde anomalias congênitas, doenças metabólicas, lesões não neoplásicas e neoplasmas (Quadro 9).

**Quadro 9:** Elenco de Patologias ósseas incluídas no Grupo 9

| <b>Patologias ósseas</b>  |   |   |
|---|---|---|
| <b>Não neoplásicas</b>  | <b>Neoplásicas</b>  |   |
|   | <b>Benignas</b>   | <b>Malignas</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão fibro-óssea benigna</li> <li>Displasia fibrosa (Displasia óssea) <ul style="list-style-type: none"> <li>Focal</li> <li>Periapical</li> <li>Florida</li> </ul> </li> <li>Displasia cemento-ossificante</li> <li>Displasia odontomaxilar segmentar</li> <li>Fibroma ossificante</li> <li>Fibroma ossificante trabecular juvenil</li> <li>Fibroma ossificante psamomatoide</li> <li>• Osteomilite <ul style="list-style-type: none"> <li>Aguda</li> <li>Crônica</li> <li>Multifocal</li> </ul> </li> <li>• Osteonecrose Medicamentosa por Radiação</li> <li>• Osteogênese Imperfeita</li> <li>• Osteoporose</li> <li>• Osteólise maciça</li> <li>• Querubismo</li> <li>• Displasia cleidocraniana</li> <li>• Defeito osteoporótico focal da medula</li> <li>• Doença óssea de Paget</li> <li>• Cisto ósseo aneurismático</li> <li>• Cisto ósseo simples (cisto ósseo traumático; cisto ósseo hemorrágico; cisto ósseo solitário; cavidade óssea idiopática, cisto ósseo de câmara única)</li> <li>• Hemangioma intraósseo</li> <li>• Granuloma central de células gigantes</li> <li>• Granuloma periférico de células gigantes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condroma</li> <li>• Condromatose sinovial</li> <li>• Condroblastoma</li> <li>• Cementoblastoma</li> <li>• Cementoma gigantiforme familiar</li> <li>• Fibroma Desmoplásico</li> <li>• Fibroma condromixoide</li> <li>• Osteoma</li> <li>Osteóide <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteocondroma</li> </ul> </li> <li>• Tumores de células gigantes</li> <li>• Tumores benignos dos ossos e cartilagens maxilofaciais</li> <li>• Plasmocitoma solitário do osso</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condrossarcoma <ul style="list-style-type: none"> <li>· Não diferenciado</li> <li>· Mixoide</li> <li>· Mesenquimal</li> <li>· Da mandíbula</li> </ul> </li> <li>• Osteossarcoma <ul style="list-style-type: none"> <li>· Periférico</li> <li>· Periosteal</li> <li>· Superficial de alto grau</li> <li>Da família <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma metastático</li> <li>• Sarcoma de Ewing</li> <li>• Rabdomyosarcoma com rearranjo TFCP2</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |

Fonte: Vered, Wright (21); Neville (22)

### 3.15 Grupo 10 – Patologia epitelial

As patologias epiteliais oro-maxilo-faciais se referem a uma ampla variedade de condições que afetam o revestimento epitelial da cavidade bucal e das estruturas faciais circundantes. Essas patologias podem englobar desordens potencialmente malignas, lesões benignas e malignas (Quadro 10).

**Quadro 10:** Elenco de patologias epiteliais incluídas no Grupo 10

| <b>Patologia epitelial</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Lesões Não Neoplásica</b>   | <b>Neoplasia</b>   |  |
|  | <b>Benigna</b>   | <b>Maligna</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melanoacntoma</li> <li>• sialometaplasia necrosante</li> <li>• hiperplasia pseudoepiteliomatosa</li> <li>• A hiperplasia epitelial multifocal (MFEH)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mácula melanótica focal</li> <li>• Nevo melanocítico</li> <li>• Pigmentação exógena</li> <li>• Xantoma verruciforme</li> <li>• Papiloma escamoso</li> <li>• Hiperplasia epitelial focal orofaríngeo</li> <li>• Hiperplasia epitelial (Hiperplasia fibroepitelial)</li> <li>• Mácula melanótica oral</li> <li>• Dermatose papulosa negra</li> <li>• Queratoacantoma</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melanoma</li> <li>• Carcinoma Epidermóide (CEC)</li> <li>• Carcinoma cuniculatum</li> <li>• Carcinoma Verrucoso</li> <li>• Carcinoma Basocelular</li> </ul> |

Fonte: Neville (22); Badoual (24); Muller, Tilakaratne (25).

### 3.16 Grupo 11 – Variações de normalidade e outras Lesões

As variações anatômicas se referem a diferenças ou desvios naturais nas características anatômicas do corpo humano que ocorrem dentro de uma faixa considerada normal, sem que sejam consideradas patológicas. Essas variações podem incluir diferenças no tamanho, forma, número ou posição de estruturas anatômicas, mas não causam problemas de saúde nem comprometem a função do corpo. Elas são consideradas variações normais da anatomia e podem ocorrer em diferentes indivíduos, sem que haja necessariamente qualquer impacto negativo na saúde. Este grupo inclui, ainda, outras lesões que não constam em nenhum outro (Quadro 11).

**Quadro 11:** Elenco de variações de normalidade e outras lesões incluídas no Grupo 11

| <b>Variações de normalidade</b>  | <b>Outras lesões</b>   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lábios Duplos</li> <li>• Odontodisplasia Regional</li> <li>• Alteração do desenvolvimento</li> <li>• Dente supranumerário</li> <li>• Torus</li> <li>• Exostose</li> <li>• Tireóide lingual</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tatuagem por amálgama</li> <li>• Trombo</li> <li>• Polpa necrosada</li> <li>• Raiz residual</li> <li>• Tecido de granulação</li> <li>• Fibrose cicatricial</li> <li>• Queloide</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>Normalidade</b></p> <p>Folículo dentário<br/> Dente<br/> Glândula salivar<br/> Raiz residual<br/> Tecido adiposo<br/> Tecido conjuntivo<br/> Tecido epitelial<br/> Periósteo</p>                             |  |

Fonte: Neville (22)

### 3.17 Análise Estatística

Os dados foram analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0; IBM Corp., Armonk, USA). Uma análise descritiva foi realizada para a caracterização da amostra. O teste do qui-quadrado de Pearson foi realizado para verificar a diferença entre a concordância das hipóteses clínicas e do diagnóstico histopatológico e os grupos de lesões orais e maxilofaciais analisados. O resultado foi considerado estatisticamente significativo quando o valor de  $p$  foi  $\leq 0,05$ .

## 4 RESULTADOS

### ARTIGO 1

#### **CONCORDÂNCIA ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE LESÕES ORO-MAXILO-FACIAIS: ESTUDO MULTICÊNTRICO**

Nome do Periódico: CLINICAL ORAL INVESTIGATIONS

Estado de apreciação: O artigo será submetido após considerações da banca e correções finais.

Autor<sup>1</sup> - Caroline Augusta Belo Faria

Autor<sup>2</sup> - Marcia Maria da silveira

Autor<sup>3</sup> - Elismauro Mendonça

Autor<sup>4</sup> - Lélia Baptista de Souza

Autor<sup>5</sup> - Ricardo Alves Mesquita

Autor<sup>2</sup> - Ana Paula Veras Sobral

1 Aluna de pós-graduação da Universidade de Pernambuco

2 Professora de pós-graduação da Universidade de Pernambuco

3 Professora de pós-graduação da Universidade Federal de Minas Gerais

4 Professora de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

5 Professora de pós-graduação da Universidade de Goiás

Endereço para correspondência:

Av. Agamenon Magalhães S/N (Santo Amaro), Recife, PE, 50110-000

e-mail: [caroline.belo@upe.br](mailto:caroline.belo@upe.br)

telefone: (81) 99942-1638

## RESUMO

**Introdução:** O diagnóstico desempenha um papel vital na prática clínica odontológica pois determina o tratamento de uma variedade de condições que podem afetar a cavidade bucal. Desta forma, o exame clínico minucioso é crucial para um diagnóstico preciso, bem como a solicitação, quando necessária, de exames complementares. A concordância entre o diagnóstico clínico e o laudo histopatológico é essencial para o planejamento e o sucesso do tratamento.

**Objetivo:** avaliar a concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, clínico-patológico, multicêntrico. Foram coletados 70.578 fichas e laudos histopatológicos total. Obedecendo os critérios de inclusão e exclusão ficaram 20.005 no período de 10 anos. Foram analisados os dados secundários desta amostra como: sexo, idade, localização da lesão e grupo também. Análise descritiva foi realizada para a caracterização demográfica da amostra. O teste do qui-quadrado de Pearson foi realizado para verificar a associação entre a concordância das hipóteses clínicas e do diagnóstico histopatológico com os grupos de lesões orais e maxilofaciais analisados ( $p \geq 0,005$ ). **Resultado:** Dos 20.005 casos, 78,3% são lesões assintomáticas; lábio e língua foram os sítios anatômicos mais afetados; em 25,9% dos casos, foram solicitados exames de imagem. As lesões comumente diagnosticadas foram hiperplasia fibrosa, carcinoma de células escamosas oral, mucocele, cisto radicular/residual e granuloma piogênico. A concordância entre as hipóteses clínicas e os diagnósticos histopatológicos foi observada em 67,8% dos casos. O grupo das neoplasias mesenquimais e patologias epiteliais demonstram maior concordância diagnóstica clínico-histopatológica; variações de normalidade e tumores odontogênicos têm maior discordância. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre a concordância das hipóteses clínicas e do diagnóstico histopatológico e os grupos de lesões orais e maxilofaciais analisados ( $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** A complexidade diagnóstica das lesões é evidenciada pela diferença significativa na concordância entre hipóteses clínicas e diagnósticos histopatológicos, destacando a necessidade de uma avaliação e prática clínica mais efetiva para garantir tratamentos precisos na odontologia.

**Palavras-chave:** Diagnóstico Clínico, Diagnóstico Bucal, Epidemiologia, Estudo Multicêntrico, patologia bucal

## INTRODUÇÃO

O conceito de diagnóstico pode ser descrito como o reconhecimento ou identificação das doenças através de suas características (1). O diagnóstico das diversas lesões que acometem a cavidade oral e estruturas anexas é de fundamental importância para a prática odontológica (1, 2). A maioria das lesões bucais nem sempre é de casos de fácil identificação; apresentam-se assintomáticas, sendo geralmente diagnosticadas em exames de rotinas (3).

A obtenção de informações é necessária para um diagnóstico seguro, e diretamente proporcional ao exame clínico, que, se realizado de maneira inadequada, compromete o diagnóstico (4, 5). O exame clínico desempenha um papel inquestionável e de suma importância na rotina clínica; porém, em muitos casos, são necessários exames complementares ou auxiliares de diagnóstico, como de imagem, cito e histopatológico e de análises clínicas (6), sendo importantes porque as lesões nem sempre apresentam características clínicas que permitam estabelecer o diagnóstico (2, 6, 7, 8). A correlação entre o exame clínico e exames auxiliares de diagnóstico é importante para a conclusão diagnóstica (2, 4).

Quando ocorre a discordância entre os diagnósticos clínico/histopatológico, nem sempre o diagnóstico clínico está incorreto. Em muitas situações, a discordância entre eles reflete diferenças metodológicas adotadas nos critérios diagnósticos. Quando eliminamos a execução inadequada dos métodos de diagnóstico, e ainda assim forem verificadas divergências, afirma-se que a análise histopatológica poderá se sobrepor a hipóteses clínicas (8). Considerar a análise histopatológica no caso de diagnósticos clínicos inconclusivos é imperativo (9, 10).

Diante do exposto, o presente estudo terá como objetivo avaliar o nível de concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais através de estudo epidemiológico, retrospectivo, clínico-patológico, multicêntrico.

## MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado sob número de aprovação 6.503.808. Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, clínico-patológico, multicêntrico, em que foram coletados dados secundários no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2022. Foram coletados 70.578 fichas e laudos histopatológicos total. Obedecendo os critérios de inclusão e exclusão ficaram 20.005 no período de 10 anos, configurando nossa população. Os dados foram oriundos das fichas de solicitação de exame histopatológico atendidos pelos serviços (Clínicas/Ambulatórios/Hospitais) de Diagnóstico Bucal/Estomatologia/Semiologia das universidades participantes do consórcio. Foram analisados os dados demográficos: sexo, idade, localização anatômica, e universidade. Foram

incluídos os dados das fichas e laudos de exame histopatológico fornecido pelas universidades parceiras, e excluídos os casos sem hipótese de diagnóstico clínico; de revisão de lâmina e/ou segunda opinião diagnóstica; cujo diagnóstico histopatológico foi de tecidos compatíveis com normalidade; de diagnóstico inconclusivo ou descritivo; ou cujo material impossibilitou o diagnóstico histopatológico. As hipóteses de diagnóstico clínico coletadas e registradas nos prontuários e seus respectivos exames histopatológicos foram agrupados em 11 Grupos de Diagnósticos. Os grupos foram numerados, e as lesões pertencentes estão especificadas de acordo com seu grupo em: Doenças Infecciosas (Grupo 1) (11); Tumores de Tecidos Moles (Grupo 2) (12); Doenças Dermatológicas e Imunologicamente Mediadas (Grupo 3) (12); Lesões Reacionais/Inflamatórias (Grupo 4) (11); Tumores Odontogênicos (Grupo 5) (11); Cistos dos Maxilares (Grupo 6) (13); Patologias das Glândulas Salivares (Grupo 7) (12, 13); Desordens Potencialmente Malignas – DPTM (Grupo 8) (11); Patologias Ósseas (Grupo 9) (14, 15); Patologias Epiteliais (Grupo 10) (14, 15); e Outras Lesões (Grupo 11) (12). Os grupos foram estabelecidos de acordo com a classificação da OMS (2022) (11, 13-17), e as lesões que não foram contempladas nesta classificação foram agrupadas de acordo com Neville (12).

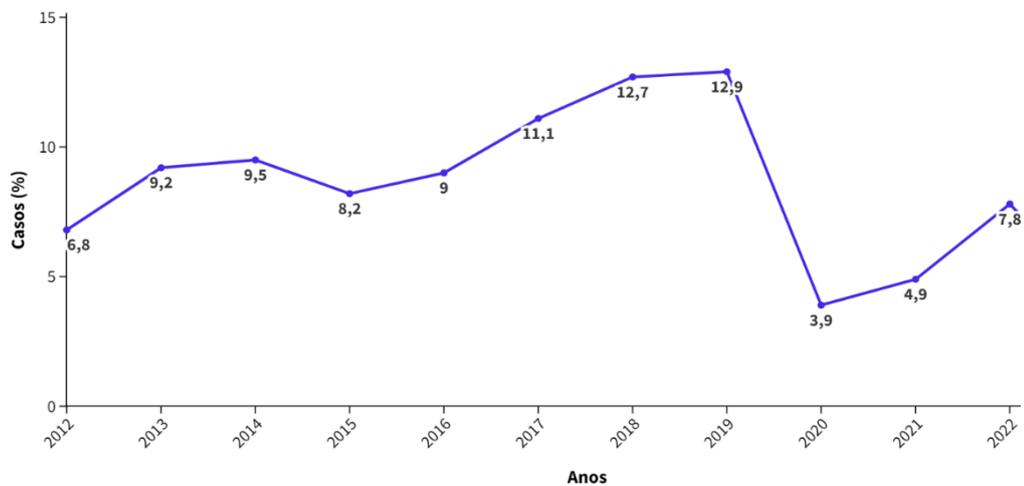
Os casos com diagnóstico clínico de leucoplasia, apesar de apresentarem caráter estritamente clínico, serão incluídos no grupo da DPTM (Grupo 8) e no de neoplasias malignas (Grupo 10) quando o diagnóstico microscópico foi de hiperortoqueratose, hiperparaqueratose, hiperplasia epitelial ou graus de displasia epitelial, carcinoma epidermóide. O diagnóstico clínico de queilite actínica será incluído no grupo da DPTM (Grupo 8) quando o diagnóstico microscópico foi de hiperortoqueratose, hiperparaqueratose, hiperplasia epitelial ou graus de displasia epitelial; casos de carcinoma epidermóide corresponderam ao grupo das neoplasias epiteliais malignas (Grupo 10). Do mesmo modo, o diagnóstico de eritroplasia será incluído quando o diagnóstico histológico representar qualquer grau de displasia epitelial ou carcinoma epidermóide; neste caso corresponderam aos grupos da DPTM (Grupo 8) e neoplasias epiteliais malignas (Grupo 10), respectivamente.

### **Análise Estatística**

Os dados foram analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0; IBM Corp., Armonk, USA). Uma análise descritiva e inferencial foi realizada para a caracterização da amostra. O teste do qui-quadrado de Pearson foi realizado para verificar a associação entre a concordância das hipóteses clínicas e do diagnóstico histopatológico com os grupos de lesões orais e maxilofaciais analisados. O resultado foi considerado estatisticamente significativo quando o valor de  $p$  foi  $\leq 0,05$ .

## RESULTADOS

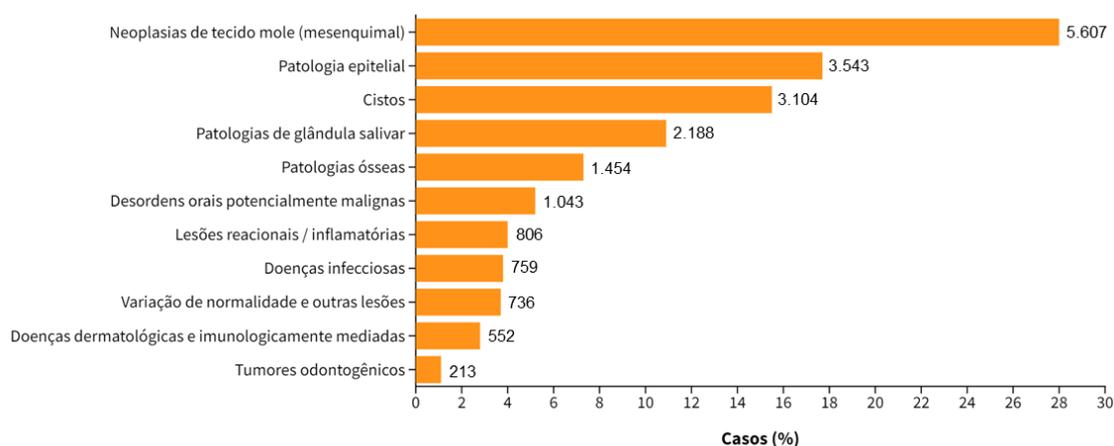
Foram convidadas a integrar o consorte oito universidades, das quais três participaram e enviaram os dados para a pesquisa, totalizando 20.005 casos incluídos. Destes, 53,7 (n = 10.752) foram diagnosticados na Universidade Federal de Minas Gerais, 23,2% (n = 4.642) na Universidade Federal de Goiás, 22,1% (n = 4.418) na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e 1% (n = 193) na Universidade de Pernambuco. A Figura 1 mostra a frequência de casos diagnosticados ao longo dos anos do período analisado.



**Figura 1:** Frequência de casos diagnosticados ao longo dos anos do período analisado.

A porcentagem (%) de cada ano está representada em cada ponto.  
Fonte: Autor. Recife - PE, Brasil, 2024.

Ao analisar a frequência dos grupos de lesões, observou-se uma maior ocorrência de neoplasias mesenquimais que acometeram os tecidos moles (n = 5.607; 28%), lesões de origem epitelial (n = 3.543; 17,7%) e lesões císticas (n = 3.104; 15,5%). A frequência de todos os grupos de lesões está demonstrada na Figura 2.



**Figura 2:** Frequência de casos diagnosticados em cada grupo de lesões orais.

O número de casos (n) está representado ao lado das barras.

Fonte: Autor. Recife - PE, Brasil, 2024.

O presente estudo observou uma maior frequência de pacientes do sexo feminino (n = 11.143; 55,7%; proporção M:F = 1:1,3) e uma idade média de  $44,3 \pm 20,4$  anos de idade (variação: 0-102 anos de idade). A Tabela 1 descreve os dados referentes a sexo e idade da amostra, de acordo com o grupo de lesões. No que diz respeito à cor da pele, 50,2% (n = 9.102) dos pacientes se autodeclararam pardos, enquanto 33,2% (n = 6.027) se autodeclararam brancos, 16,3% (n = 2.964) se autodeclararam pretos, e 0,3% (n = 54) se autodeclararam amarelos.

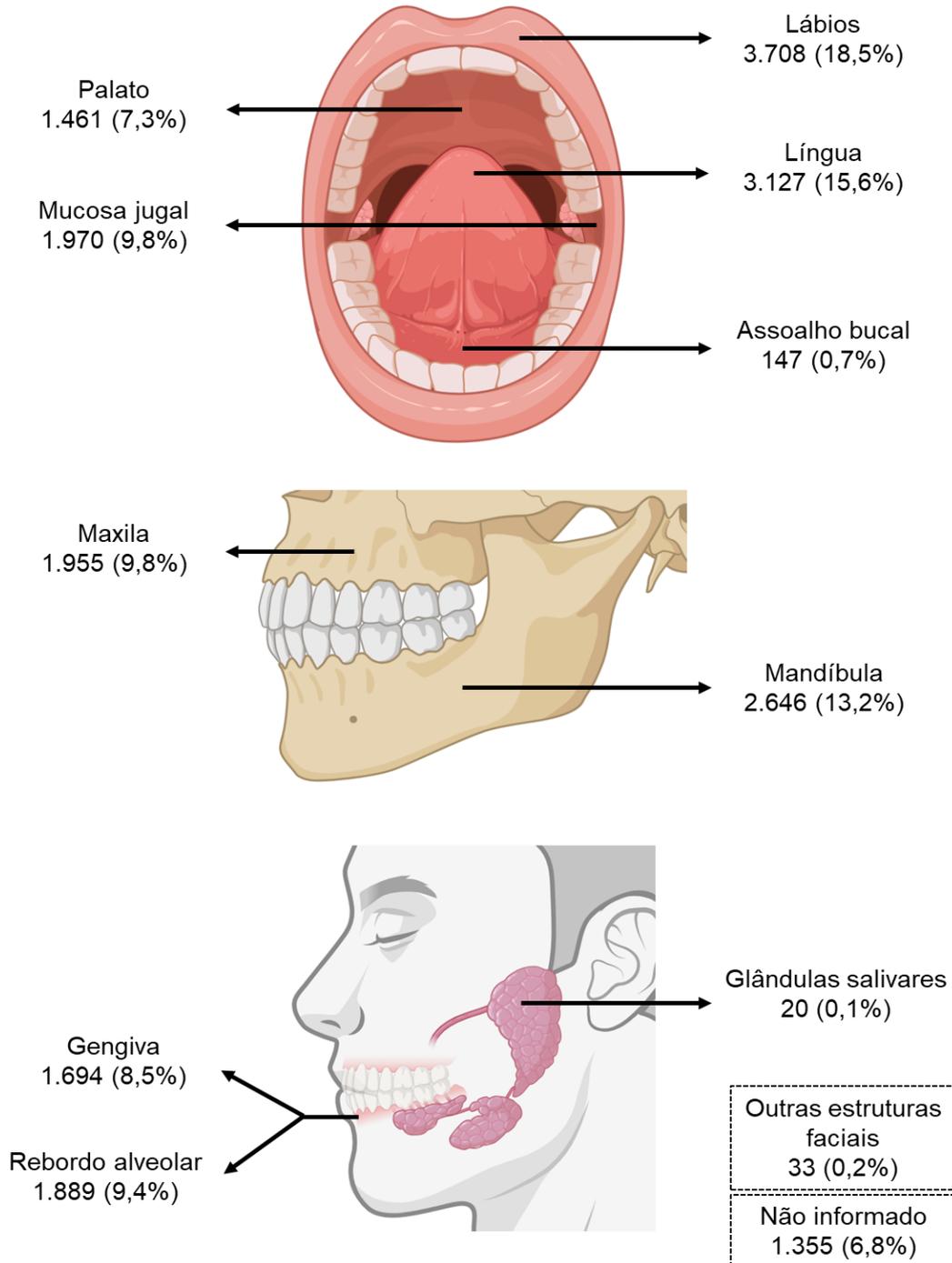
**Tabela 1:** Caracterização do sexo e idade dos pacientes participantes de acordo com o grupo de lesões.

| Grupo de lesões   | Sexo <sup>a</sup>  |                   |       | Idade (Anos) <sup>b</sup> |          |
|---|--------------------|-------------------|-------|---------------------------|----------|
|   | Masculino<br>n (%) | Feminino<br>n (%) | M:F   | Média ± DP                | Variação |
| <b>Neoplasias de tecido mole (mesenquimal)</b>            | 1.808 (32,7)       | 3.718 (67,3)      | 1:2   | 48,3 ± 18,6               | 0 - 95   |
| <b>Lesões epitelial</b>                                   | 1.887 (53,9)       | 1.617 (46,1)      | 1,1:1 | 55,2 ± 16,9               | 0 - 102  |
| <b>Cistos</b>   | 1.614 (52,9)       | 1.437 (47,1)      | 1,1:1 | 35,6 ± 18,3               | 0 - 89   |
| <b>Patologias de glândula salivar</b>                     | 945 (43,9)         | 1.207 (56,1)      | 1:1,2 | 30,5 ± 20,1               | 0 - 88   |
| <b>Patologias ósseas</b>                                  | 512 (35,8)         | 917 (64,2)        | 1:1,7 | 38 ± 18,7                 | 0 - 92   |
| <b>Desordens orais potencialmente malignas</b>            | 520 (50,6)         | 508 (49,4)        | 1:1   | 58,3 ± 15,8               | 0 - 92   |
| <b>Lesões reacionais / inflamatórias</b>                  | 60 (28,8)          | 148 (71,2)        | 1:2,4 | 43,4 ± 18,3               | 0 - 94   |
| <b>Doenças infecciosas</b>                                | 389 (51,7)         | 364 (48,3)        | 1:1   | 44,1 ± 18,9               | 0 - 88   |
| <b>Variação de normalidade e outras lesões</b>            | 309 (42,6)         | 15 (57,3)         | 1:1,3 | 42,4 ± 20,7               | 0 - 88   |
| <b>Doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas</b> | 173 (31,9)         | 370 (68,1)        | 1:2,1 | 49,6 ± 16,2               | 0 - 91   |
| <b>Tumores odontogênicos</b>                              | 347 (44)           | 442 (56)          | 1:1,2 | 30,5 ± 17,8               | 0 - 89   |
| <b>Total</b>  | 8.564 (42,8)       | 11.143 (55,7)     | 1:1,3 | 44,3 ± 20,4               | 0 - 102  |

Legenda: (a) Dado ausente em 298 casos; (b) Dado ausente em 476 casos; (DP) Desvio-padrão

Fonte: Autor. Recife - PE, Brasil, 2024.

No que diz respeito à sintomatologia, observou-se uma maior ocorrência de lesões assintomáticas (n = 12.867; 78,3%). Adicionalmente, o lábio (n = 3.708; 19,9%) e a língua (n = 3.127; 16,8%) foram os sítios anatômicos mais acometidos. A Figura 3 mostra a frequência dos sítios anatômicos acometidos pelas lesões orais e maxilofaciais.



**Figura 3:** Frequência relativa e absoluta dos sítios anatômicos acometidos pelas lesões orais e maxilofaciais.

Dados representados em número de casos e porcentagem [n (%)].

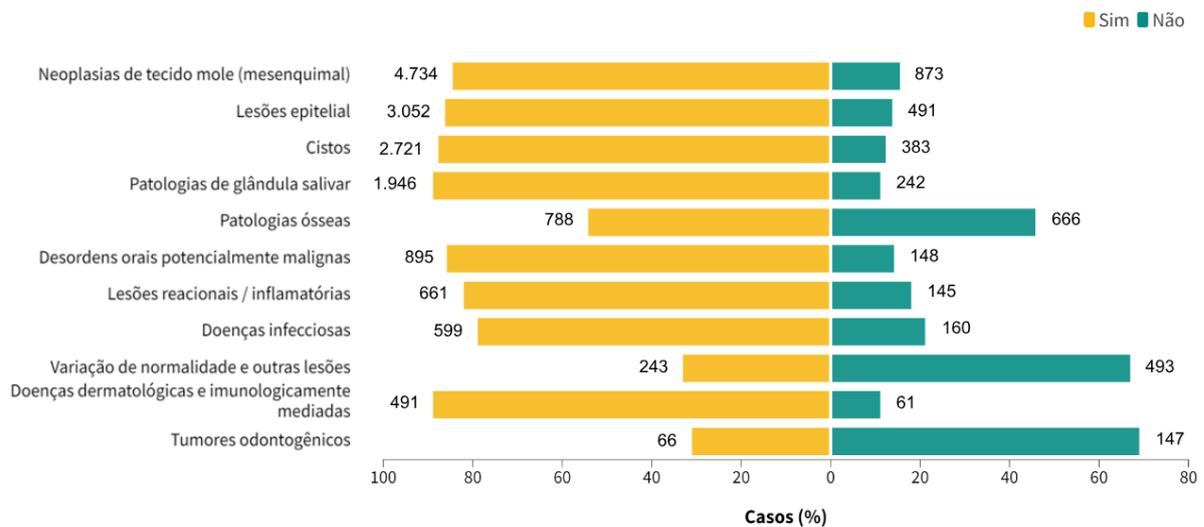
Fonte: Autor. Recife - PE, Brasil, 2024

Foi observado que, em 25,9% (n = 4.604) dos casos, foram solicitados exames de imagem. Destes, 64,2% (n = 2.951) exibiram lesões de aspecto radiolúcido, enquanto 6,9% (n = 322) exibiram aspecto radiopaco, 6,6% (n = 304) exibiram radiolucência mista e em 22,3% (n = 1.027) os achados radiográficos não foram descritos.

A obtenção do espécime foi realizada através de biópsia excisional em 70,8% (n = 14.162) dos casos, enquanto a biópsia incisional foi realizada em 26,1% (n = 5.217), punção aspirativa foi realizada em 0,1% (n = 16) dos casos, e em 3% (n = 610) dos casos não foi descrita a forma de obtenção do espécime.

Nos 20.005 casos analisados, hiperplasia fibrosa (n = 3.692; 18,5%), carcinoma de células escamosas oral (n = 1.652; 8,3%), mucocele (n = 1.260; 6,3%), cisto radicular/residual (n = 928; 4,6%) e granuloma piogênico (n = 804; 4%) foram as lesões mais diagnosticadas. Ao analisar a concordância entre as hipóteses clínicas e o diagnóstico histopatológico de toda amostra, observou-se concordância em 67,8% (n = 13.565) dos casos, enquanto 32,2% (n = 6.440) dos casos não exibiram concordância. As lesões que exibiram maior concordância foram: hiperplasia fibrosa (n = 2.756; 20,3%), carcinoma de células escamosas oral (n = 1.419; 10,4%), mucocele (n = 1.147; 8,4%), granuloma piogênico (n = 569; 4,2%) e cisto radicular/residual (n = 567; 4,1%). Em contraste, as lesões que exibiram maior discordância foram: granuloma periapical (n = 355; 5,5%), fibroma ossificante (n = 139; 2,2%), fibroma de células gigantes (n = 135; 2,1%), lesão periférica de células gigantes (n = 93; 1,4%) e cisto inflamatório colateral (n = 74; 1,1%).

Em relação à concordância entre as hipóteses clínicas e o diagnóstico histopatológico em cada um dos grupos de lesões, observou-se maior concordância nos grupos de neoplasias mesenquimais dos tecidos moles (n = 4.734; 84,5%) e de patologias epiteliais (n = 3.052; 86,2%). Em contraste, houve maior discordância nos grupos de variações de normalidade e outras lesões orais e maxilofaciais (n = 493; 67%) e tumores odontogênicos (n = 147; 69%). A Figura 4 apresenta em detalhe a concordância em cada um dos grupos de lesões.



**Figura 4:** Frequência relativa e absoluta da concordância entre as hipóteses clínicas e o diagnóstico histopatológico nos diferentes grupos de lesões orais e maxilofaciais.

O número de casos (n) está representado ao lado das barras.

Fonte: Autor. Recife - PE, Brasil, 2024.

Neste contexto, observou-se diferença estatisticamente significativa entre a concordância das hipóteses clínicas e do diagnóstico histopatológico e os grupos de lesões orais e maxilofaciais analisados ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Associação entre a concordância das hipóteses clínicas e do diagnóstico histopatológico e diferentes grupos de lesões orais e maxilofaciais.

| Grupo de lesões   | Concordância |              | Total<br>n (%) | $p^a$     |
|---|--------------|--------------|----------------|-----------|
|   | Sim<br>n (%) | Não<br>n (%) |                |           |
| <b>Neoplasias de tecido mole (mesenquimal)</b>            | 4.734 (84,5) | 873 (15,5)   | 5.607 (100)    | < 0,0001* |
| <b>Lesões epiteliais</b>                                  | 3.052 (86,2) | 491 (46,1)   | 3.543 (100)    |           |
| <b>Cistos</b>   | 2.721 (87,7) | 383 (12,3)   | 3.104 (100)    |           |
| <b>Patologias de glândula salivar</b>                     | 1.946 (88,9) | 242 (11,1)   | 2.188 (100)    |           |
| <b>Patologias ósseas</b>                                  | 788 (54,2)   | 666 (45,8)   | 1.454 (100)    |           |
| <b>Desordens orais potencialmente malignas</b>            | 895 (85,8)   | 148 (14,2)   | 1.043 (100)    |           |
| <b>Lesões reacionais / inflamatórias</b>                  | 661 (82)     | 145 (18)     | 806 (100)      |           |
| <b>Doenças infecciosas</b>                                | 599 (78,9)   | 160 (21,1)   | 759 (100)      |           |
| <b>Variação de normalidade e outras lesões</b>            | 243 (33)     | 493 (67)     | 736 (100)      |           |
| <b>Doenças dermatológicas e imunologicamente mediadas</b> | 491 (88,9)   | 61 (11,1)    | 552 (100)      |           |
| <b>Tumores odontogênicos</b>                              | 66 (31)      | 147 (69)     | 213 (100)      |           |

Legenda: (a) Teste do qui-quadrado de Pearson; (\*) Dado estatisticamente significativo.

Fonte: Autor. Recife - PE, Brasil, 2024.

## DISCUSSÃO

A análise da concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico permite avaliar a capacidade de reconhecimento e diagnóstico dos profissionais envolvidos e, conseqüentemente, o tratamento adequado (7, 18). É importante salientar que a discordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos pode levar a erros, repercutindo em tratamentos inadequados com conseqüências aos pacientes.

Os resultados do presente estudo multicêntrico revelam uma concordância significativa entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos das lesões oro-maxilo-faciais analisadas, com uma taxa de concordância global de 67,8%, corroborando os estudos de Aquino et al. (1), Souza et al. (7), e Silva et al. (18). Essa concordância demonstra a eficácia do processo diagnóstico adotado pelos profissionais envolvidos, evidenciando uma sólida capacidade de reconhecimento e interpretação das características das lesões (19).

As lesões que apresentaram maior concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico foram: hiperplasia fibrosa, carcinoma de células escamosas oral, mucocele, granuloma piogênico e cisto radicular/residual. Silva (18) verificou que a lesão com maior coincidência de diagnóstico foi a mucocele, com 87,5%, seguido da hiperplasia fibrosa, com 71,1%, e granuloma piogênico, com 70,9; com relação ao carcinoma de células escamosas oral, houve coincidência em 43,8%.

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) é uma lesão com alta incidência (20, 21). representando, no nosso estudo, 18,5% do total dos casos. É uma lesão reacional do tecido conjuntivo, associada a trauma, em especial ao uso de próteses (parcial removível ou total) mal adaptadas. O diagnóstico clínico desta lesão é considerado de menor complexidade; devido ao seu fator causal e características clínicas típicas, é possível e rápido identificá-la facilmente (22).

Apesar de o CEC representar 95% dos casos de neoplasias malignas de boca, apenas 15% de todos os casos são diagnosticados nos estágios iniciais; aproximadamente 50% dos pacientes chegam aos centros de tratamento com doença metastática no momento do diagnóstico (7). Desta forma, a alta taxa de concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico do CEC na nossa amostra chama atenção de maneira positiva, visto que o CEC apresenta uma variabilidade de aspectos clínicos. Acreditamos que a formação continuada e as constantes campanhas de prevenção e as iniciativas de rastreamento dessas lesões e das DPTM contribuem para orientar os profissionais da atenção básica, melhorando sua acurácia no processo de diagnóstico do CEC e das DPTM (23-25).

O diagnóstico de mucocele geralmente é estabelecido através do exame clínico. A história clínica do paciente é fundamental, assim como informações sobre traumas na região afetada, como mordidas ou lesões (26), o que facilita o diagnóstico, além de ser uma das lesões de mucosa mais comum da boca. Desta forma, a concordância entre os diagnósticos é boa, com bons índices. Assim como demonstrado nos nossos resultados, Silva (18) também verificou uma concordância de 87,5% dos casos de mucocele, configurando uma das lesões com maior nível de concordância.

Aproximadamente um terço dos casos analisados neste trabalho apresentou discordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico. Essa discordância pode ser atribuída a uma variedade de fatores, incluindo a falta de critérios clínicos. Em muitos casos, a discordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico reflete diferenças metodológicas adotadas nos critérios diagnósticos e/ou falta de preparo técnico-científico do profissional para realizar o diagnóstico (7).

As lesões com maior discordância foram: granuloma periapical, fibroma ossificante, fibroma de células gigantes, lesão periférica de células gigantes e cisto inflamatório. Algumas dessas lesões constituem o mesmo grupo de lesões e são diagnósticos diferenciais entre si, o que pode levar a uma discordância nos diagnósticos clínico-histopatológico. Outras dessas lesões requerem exames auxiliares de diagnóstico, como os de imagens (27). Na nossa amostra, observamos que o exame de imagem foi solicitado em apenas 25,9% (n = 4.604) dos casos.

Em relação à concordância entre grupos de lesões, observou-se uma concordância diagnóstica significativamente maior nos grupos de neoplasias mesenquimais dos tecidos moles (Grupo 5) e patologias epiteliais (Grupo 10). Estes dois grupos também apresentaram as maiores amostras, totalizando 5.607 e 3.543 casos, respectivamente. Este achado contrasta com levantamentos epidemiológicos anteriores, que destacaram as lesões inflamatórias/reacionais e estomatites como os grupos prevalentes (28, 29). Outros apontam a prevalência de processos proliferativos não neoplásicos como lesão mais prevalente (1, 7).

O grupo de variação de normalidade e outras lesões (Grupo 11) e o grupo de tumores odontogênicos (Grupo 5) apresentaram maior taxa de discordância. Por vezes, as fichas de solicitação de exames histopatológicos são inadequadas, devido à ausência dos dados clínicos e de exames auxiliares de diagnóstico encaminhados ao patologista. Tais informações são vitais, pois permitem uma compreensão mais abrangente do caso, o que pode dificultar a obtenção do diagnóstico (30).

Conhecer o perfil clínico-social e a frequência das lesões na população é indispensável para o correto manejo do paciente e para futuras investigações e/ou pesquisas (29, 31). Sendo

assim, a distribuição demográfica dos pacientes também foi analisada. Verificamos que na nossa amostra foram predominantes pacientes do sexo feminino, com idade média de 44,3 anos. Tais dados corroboram os trabalhos de Aquino (1) e Cunha (19). A prevalência de mulheres nas amostras pode refletir uma tendência de elas, historicamente, dispensarem uma maior atenção à saúde, quando comparadas aos pacientes do sexo masculino (32-34).

No que se refere às variáveis clínicas sintomatologia dolorosa e localização da lesão analisadas, nossa amostra caracterizou-se por lesões assintomáticas, sendo a língua e o lábio as regiões anatômicas mais afetadas (19). Verificamos que as lesões mais prevalentes foram o CEC e da mucocele, as quais, por exemplo, ocorrem mais na língua e/ou no lábio.

Os resultados deste estudo fornecem informações valiosas sobre a concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais, destacando a importância de um processo diagnóstico abrangente e da colaboração interdisciplinar na prática odontológica. Essas descobertas podem orientar o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento mais eficazes, visando melhorar a saúde bucal da população.

## **CONCLUSÃO**

A diferença estatisticamente significativa na concordância entre as hipóteses clínicas e o diagnóstico histopatológico destaca a complexidade diagnóstica das lesões orais e maxilofaciais. Enquanto neoplasias mesenquimais dos tecidos moles e patologias epiteliais demonstraram maior concordância, variações de normalidade e tumores odontogênicos apresentaram maior discordância. Essa disparidade ressalta a necessidade de aprimorar a avaliação clínica e a interpretação histopatológica, enfatizando a importância da formação contínua na odontologia para garantir diagnósticos precisos e tratamentos adequados.

## REFERÊNCIAS

1. Aquino SN, Martelli DRB, Borges SP, Bonan PRF, Martelli-Júnior H. Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais. *RGO – Rev Gaúcha Odontol.* 2010;58(3):345-9.
2. Oginni FO, Stoelinga PJ, Ajike SA, et al. A prospective epidemiological study on odontogenic tumors in a black African population, with emphasis on the relative frequency of ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015;44:1099-105.
3. Araújo JP. Estudo epidemiológico, clínico e imaginológico das lesões ósseas dos maxilares. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Odontologia] – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2015.
4. Feng L, Cai D, Muhetaer A, et al. Spindle cell carcinoma: the general demographics, basic clinico-pathologic characteristics, treatment, outcome and prognostic factors. *Oncotarget.* 2017;8:43228-36.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informações sobre a mortalidade. Brasília; 2017. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 11 jan. 2024.
6. Bice TC, Tran V, Merkley MA, et al. Disease-Specific Survival with Spindle Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Otolaryngol Heand and Neck Surg.* 2015;153:973-80.
7. Souza JGS, Soares LA, Moreira G. Concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais diagnosticadas em Clínica Universitária. *Rev Odontol UNESP.* 2014;43(1):30-5.
8. Barbosa RPS, Paiva MDEB, Rodrigues TLC, Rodrigues FG. Valorizando a biópsia na clínica odontológica. *Arq Odontol.* 2005;41(4):318-28.
9. Sobral APV, Goes PSA. Estudo epidemiológico de 2.147 casos de lesões bucomaxilo-faciais. *RBPO.* 2005;4:2-9.
10. Kalogirou EM, Balta MG, Koufatzidou M, et al. Tumores de la mucosa labial: un estudio retrospectivo de 1045 biopsias. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2021;26(3):137-43.
11. Vered M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head Neck Pathol.* 2022;16:63-75.
12. Neville BW. Patologia oral e maxilofacial. 4. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
13. Skálová A, Hyrcza MD, Leivo I. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Salivary Glands. *Head Neck Pathol.* 2022;16:40-53.
14. Badoual C. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Oropharynx and Nasopharynx. *Head Neck pathol.* 2022;16:19-30.

15. Muller S, Tilakaratne WM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Tumours of the Oral Cavity and Mobile Tongue. *Head Neck Pathol.* 2022;16:54-62.
16. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. *World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours.* 4th ed. Lyon: IARC; 2017.
17. Jo VY, Demicco EG. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Soft Tissue Tumors. *Head Neck Pathol.* 2022;16:87-100.
18. Silva UH, Menezes VA, Souza GC, Callou SWA. Correlação entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões orais em pacientes atendidos no Projeto Asa Branca da Faculdade ASCES. *Odontologia Clínico-Científica.* 2013;12(1):25-9.
19. Cunha JLS, Cavalcante IL, Rodrigues ABR, et al. A retrospective multicenter study of oral and maxillofacial lesions in older people. *Braz Oral Res.* 2023;37:e098.
20. Colombo CED et al. Levantamento epidemiológico dos casos clínicos diagnosticados no serviço de patologia do curso de odontologia da FCS-UNIVAP. In: IX Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação, São José dos Campos. *Anais do IX Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação.* 2005; 1561-4.
21. Prado BN, Trevisan S, Passarelli DHC. Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 05 anos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.* 2010;22(1):25-9.
22. Kignel S, Donato AC, Moreira CA, Milner E, Mistro FZ, Bigatto J. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. *Rev Paul Odontol.* 1999;21(2):40-4.
23. Cawson RA, Odell EW. *Fundamentos básicos de patologia e medicina oral.* 8 ed. São Paulo: Santos Ltda; 2013.
24. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(5):1573-82.
25. Thomson P. *Lesões pré-malignas da boca: diagnóstico e tratamento.* Rio de Janeiro: Revinter; 2013.
26. Conceição JG, Gurgel CA, Ramos EA, et al. Mucocele oral: estudo clínico, histopatológico e imuno-histoquímico. *Acta Histochem.* 2014;116(1):40-7.
27. Brady AP. Error and discrepancy in radiology: inevitable or avoidable? *Insights Imaging.* 2017;8:171-82.
28. Moresco FC, Nora Filho MR, Balbinot MA. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos da disciplina de estomatologia da faculdade de odontologia da ULBRA-Canoas/RS. *Stomatos.* 2003;9(17):29-4.

29. Volkweis MR, Garcia R, Pacheco CA. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2010;58(1):21-5.
30. Viscomi F. Diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico: discordâncias. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):109-26.
31. Galhardo CAV, Ribeiro R, Dallagnol JC, et al. Concordância entre core biopsy e exame anatomopatológico da peça cirúrgica em pacientes com câncer de mama. *J Bras Patol Med Lab.* 2012;48(1):59-65.
32. Pessoa CP, Alves TD, Santos NC, et al. Epidemiological survey of oral lesions in children and adolescents in a Brazilian population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79:1865-71.
33. Cavalcante RB, Turatti E, Daniel AP, Alencar GF, Chen Z. Retrospective review of oral and maxillofacial pathology in a Brazilian paediatric population. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016;17:115-22.
34. Ataíde AP, Fonseca FP, Silva ARS, Jorge Júnior J, Lopes MA, Vargas PA. Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016;90:241-4.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

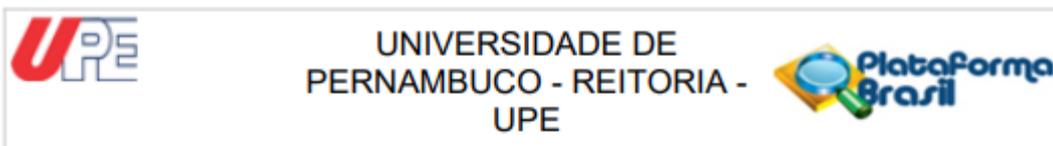
Este estudo obteve como produto uma dissertação de mestrado, um artigo científico, que será submetido a um periódico de alto fator de impacto. Ele gerou em extenso banco de dados, que servirá para recortes de pesquisas multicêntricas futuras, originando um projeto guarda-chuva, e resumo para anais em congresso. Os resultados levantados no estudo podem servir futuramente de base para outros trabalhos subsequentes

## REFERÊNCIAS

1. Aquino SN, Martelli DRB, Borges SP, Bonan PRF, Martelli-Júnior H. Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais. *RGO – Rev Gaúcha Odontol.* 2010;58(3):345-9.
2. Oginni FO, Stoelinga PJ, Ajike SA, et al. A prospective epidemiological study on odontogenic tumors in a black African population, with emphasis on the relative frequency of ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015;44:1099-105.
3. Araújo JP. Estudo epidemiológico, clínico e imaginológico das lesões ósseas dos maxilares. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Odontologia] – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2015.
4. Feng L, Cai D, Muhetaer A, et al. Spindle cell carcinoma: the general demographics, basic clinico-pathologic characteristics, treatment, outcome and prognostic factors. *Oncotarget.* 2017;8:43228-36.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informações sobre a mortalidade. Brasília; 2017. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 11 jan. 2024.
6. Bice TC, Tran V, Merkley MA, et al. Disease-Specific Survival with Spindle Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Otolaryngol Heand and Neck Surg.* 2015;153:973-80.
7. Souza JGS, Soares LA, Moreira G. Concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais diagnosticadas em Clínica Universitária. *Rev Odontol UNESP.* 2014;43(1):30-5.
8. Barbosa RPS, Paiva MDEB, Rodrigues TLC, Rodrigues FG. Valorizando a biópsia na clínica odontológica. *Arq Odontol.* 2005;41(4):318-28.
9. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(5):1573-82.
10. Silva TFA, Souza RB, Rocha RD, Araújo FAC, Morais HHA. Levantamento das Biópsias Realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Rev. cir. traum. buco-maxilo-facial.* 2011;11(2):91-100.
11. Sobral APV, Goes PSA. Estudo epidemiológico de 2.147 casos de lesões bucomaxilo-faciais. *RBPO.* 2005;4:2-9.
12. Kalogirou EM, Balta MG, Koufatzidou M, et al. Tumores de la mucosa labial: un estudio retrospectivo de 1045 biopsias. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2021;26(3):137-43.
13. Galhardo CAV, Ribeiro R, Dallagnol JC, et al. Concordância entre core biopsy e exame anatomopatológico da peça cirúrgica em pacientes com câncer de mama. *J Bras Patol Med Lab.* 2012;48(1):59-65.

14. Volkweis MR, Garcia R, Pacheco CA. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2010;58(1):21-5.
15. Silva LVO, Arruda JAA, Abreu LG, et al. Demographic and Clinicopathologic Features of Actinic Cheilitis and Lip Squamous Cell Carcinoma: a Brazilian Multicentre Study. *Head Neck Pathol.* 2020;14(4):899-908.
16. Arruda JAA, Silva LVO, Kato CNAO, et al. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. *Oral Oncol.* 2017;75:39-45.
17. Silva LP, Serpa MS, Sobral APV, et al. A retrospective multicentre study of cystic lesions and odontogenic tumours in older people. *Gerodontology.* 2018;25(4): 325-32.
18. Franklin CD, Jones AV. A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period. *BDJ.* 2006;200:447-50.
19. Bhat A, Mitra S, Chandrashekar C, Solomon M, Kulkarni S. Odontogenic cysts and odontogenic tumors in a large rural area from India. A 10-year reflection. *Med Pharm Rep.* 2019;92(4):408-12.
20. Raj A, Ramesh G, Nagarajappa R, Pandey A, Raj A. Prevalence of odontogenic lesions among the Kanpur population: an institutional study. *J Exp Ther Oncol.* 2017;12(1):35-42.
21. Vered M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head Neck Pathol.* 2022;16:63-75.
22. Neville BW. *Patologia oral e maxilofacial.* 4. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
23. Skálová A, Hyrcza MD, Leivo I. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Salivary Glands. *Head Neck Pathol.* 2022;16:40-53.
24. Badoual C. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Oropharynx and Nasopharynx. *Head Neck pathol.* 2022;16:19-30.
25. Muller S, Tilakaratne WM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Tumours of the Oral Cavity and Mobile Tongue. *Head Neck Pathol.* 2022;16:54-62.
26. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. *World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours.* 4th ed. Lyon: IARC; 2017.
27. Jo VY, Demicco EG. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Soft Tissue Tumors. *Head Neck Pathol.* 2022;16:87-100.

## ANEXO A – Certificação do Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais: estudo multicêntrico

**Pesquisador:** Ana Paula Veras Sobral

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 74546823.0.1001.5207

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.503.808

**Apresentação do Projeto:**

Como se caracteriza por um estudo multicentrico serão incluídos os serviços de Patologia Oral e MaxiloFacial das Universidade Federais e Estaduais brasileiras convidadas a participar do consort para este estudo, que enviarão através de seus responsáveis, hipóteses clínica e laudos histopatológicos. Participarão as seguintes universidades: Região Norte - Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Região Nordeste - Universidade de Pernambuco (UPE), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Região Sudeste – Universidade Federal do Minas Gerais (UFMG), Região Centro-Oeste - Universidade Federal de Goiás (UFG) Região Sul - Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). O consort será coordenado pela orientadora desse projeto – Profa Dra Ana Paula Veras Sobral que representa, neste caso, a Universidade de Pernambuco, onde o projeto será concluído e os dados analisados.

**População**

A população desse estudo será constituída pelos dados contidos nas fichas dos pacientes que foram atendidos pelos serviços (Clínicas/Ambulatórios/Hospitais) de diagnóstico bucal das universidades participantes do consort.

**Seleção da Amostra**

A amostra será constituída através da obtenção de dados secundarios oriundos das fichas de solicitação de análise histopatológica e dos laudos histopatológicos. O material será fornecido pelos Serviços de Patologia Oral e MaxiloFacial de Universidades Estaduais e Federais Brasileiras

**Endereço:** Av. Agamenon Magalhães, s/nº

**Bairro:** Santo Amaro

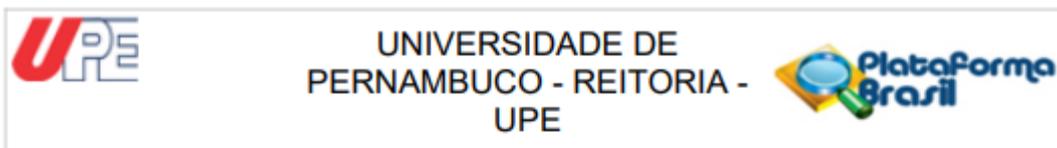
**CEP:** 50.100-010

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3183-3775

**E-mail:** comite.etica@upe.br



Continuação do Parecer: 6.503.808

que integram o consórcio. O material deverá seguir os critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão, que são respectivamente:

**Critérios de Inclusão**

- Serão incluídos todo e qualquer laudo histopatológico coletado e fornecido pelas universidades parceiras do projeto.

**Critérios de Exclusão**

- Casos que não tem hipótese clínica;
- Casos cujos laudos forem descritivos,
- Casos que tenha sido armazenado de forma inadequada e impossibilitem o diagnóstico histopatológico.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Objetivo Geral Avaliar o nível de concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo- facial.

Objetivo Secundário:

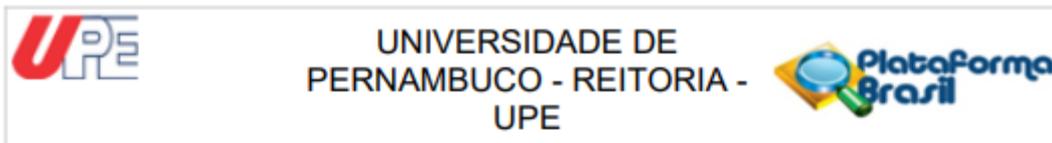
- Descrever o perfil clínico-social dos pacientes portadores de lesões oro-maxilo-facial;
- Estabelecer a lesão oro-maxilo-facial e o grupo de lesões oro-maxilo-facial mais prevalente;
- Identificar a lesão oro-maxilo-facial e o grupo de lesões oro-maxilo-facial que apresenta melhor nível de concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico;
- Identificar a lesão oro-maxilo-facial e o grupo de lesões oro-maxilo-facial que apresenta pior nível de concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico;
- Comparar a concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico por lesão e grupo de lesões oro-maxilo-facial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos que esta pesquisa oferece são os riscos de estigmatização (divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação) e o risco a segurança dos prontuários. Porém, como uma medida de proteção aos participantes, o estudo respeitará as diretrizes e critérios estabelecidos na resolução na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os preceitos éticos estabelecidos no que se refere a zelar a legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados da pesquisa públicos, serão considerados em todos o processo de construção do trabalho. Além disso, todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, portanto será assinado o termo de confidencialidade pelo pesquisador, não havendo identificação

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <b>Endereço:</b> Av. Agamenon Magalhães, s/nº | <b>CEP:</b> 50.100-010             |
| <b>Bairro:</b> Santo Amaro                    |                                    |
| <b>UF:</b> PE                                 | <b>Município:</b> RECIFE           |
| <b>Telefone:</b> (81)3183-3775                | <b>E-mail:</b> comite.etica@upe.br |



Continuação do Parecer: 6.503.808

dos participantes.

**Benefícios:**

Acredita-se também que o resultado do trabalho será oportuno para criação de novos estudos na área e servirá como embasamento para projetos maiores como é o caso do telediagnóstico, que terá como função auxiliar cirurgiões dentistas no diagnóstico clínico e precoce de patologias oro-maxilo-faciais, atuando como um suporte para os profissionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa se aplica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "conclusões ou Pendências e lista de inadequações"

O Termo de confidencialidade1 contém todas as assinaturas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acompanha o parecer do relator

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                  | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2158907.pdf | 27/10/2023<br>15:43:46 |                        | Aceito   |
| Outros                                    | pendenciassanadas.pdf                         | 27/10/2023<br>15:43:32 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |
| Outros                                    | confidencialidade2.pdf                        | 27/10/2023<br>15:41:03 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |
| Outros                                    | confidencialidade1.pdf                        | 27/10/2023<br>15:40:34 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_FINAL_SEM_PELOTAS_comite.pdf          | 03/10/2023<br>15:35:54 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |
| Outros                                    | CVLATTESANA.pdf                               | 03/10/2023<br>13:33:02 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |
| Outros                                    | UFMG_CARTA.pdf                                | 03/10/2023<br>13:28:03 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |
| Outros                                    | UFRNCARTA.pdf                                 | 03/10/2023<br>13:27:09 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |
| Outros                                    | ufg.pdf                                       | 28/09/2023<br>10:02:02 | Ana Paula Veras Sobral | Aceito   |

**Endereço:** Av. Agamenon Magalhães, s/nº

**Bairro:** Santo Amaro

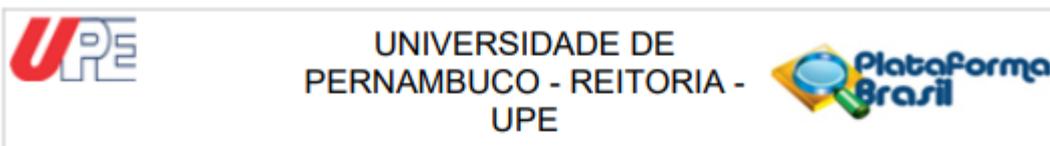
**CEP:** 50.100-010

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)3183-3775

**E-mail:** comite.etica@upe.br



Continuação do Parecer: 6.503.808

|   |                           |                        |                           |        |
|---|---------------------------|------------------------|---------------------------|--------|
| Outros  | termo.pdf                 | 15/09/2023<br>12:56:51 | Ana Paula Veras<br>Sobral | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                  | 15/09/2023<br>12:56:13 | Ana Paula Veras<br>Sobral | Aceito |
| Folha de Rosto  | Folha.pdf                 | 15/09/2023<br>12:54:35 | Ana Paula Veras<br>Sobral | Aceito |
| Outros  | TCDUFINAL.pdf             | 21/08/2023<br>11:46:04 | Ana Paula Veras<br>Sobral | Aceito |
| Outros  | UFAM.pdf                  | 21/08/2023<br>11:40:19 | Ana Paula Veras<br>Sobral | Aceito |
| Outros  | carta_de_anuencia_UPE.pdf | 02/08/2023<br>11:14:20 | Ana Paula Veras<br>Sobral | Aceito |
| Orçamento   | CRONOGRAMA.docx           | 02/08/2023<br>11:10:33 | Ana Paula Veras<br>Sobral | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 13 de Novembro de 2023

Assinado por:  
**CLAUDINALLE FARIAS QUEIROZ DE SOUZA**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Agamenon Magalhães, s/nº  
**Bairro:** Santo Amaro  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)3183-3775

**CEP:** 50.100-010

**E-mail:** comite.etica@upe.br

**ANEXO B – Modelo carta convite**

## MODELO CARTA CONVITE

Recife, XXX de XXXX de 2022

Prezado(a) Prof(a). Dr(a) Espero que este o-a encontre bem. Meu nome é **Caroline Augusta Belo Faria**, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco - PPGO área de concentração em Clínicas Odontológicas área de concentração em de EstomatoPatologia, e este e-mail é em concordância com os professores Doutores: Ana Paula Veras Sobral (FOP- UPE minha orientadora. Temos interesse de desenvolver um estudo multicêntrico intitulado: *“Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais: estudo multicêntrico”*, observadas nos Serviços de Patologia Oral e MaxiloFacial das universidades federais e estaduais que compõem esse consorte científico. Diante disso, o presente e-mail tem como finalidade convidá-lo(a) a ser um dos nossos colaboradores. Solicitamos, por gentileza, que nos responda com o aceite ou não deste convite, até o dia xxxxxxxxxxxxxxxx. Em tendo casos com registros clínicos e histopatológicos concomitantes, solicitamos a realização do levantamento dos casos e, o envio dos dados clínico-patológicos (conforme a tabela anexa) até a data de xxxxxx. Esperamos poder contar com a sua colaboração. Ademais, estamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Ana Paula Veras Sobral – Professor Associado – Membro permanente do PPGO-FOP/UPE – Orientadora

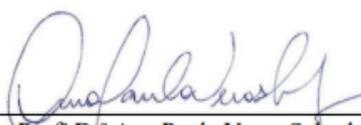
Caroline Augusta Belo Faria – Mestranda do PPGO-FOP/UPE

**ANEXO C – Dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido****DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(ELABORADO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 466/2012 – CNS/MS)**

Eu, **Ana Paula Veras Sobral**, Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais: estudo multicêntrico”. Em atendimento à norma presente no artigo IV.8 da resolução 466/2012-CNS/MS, solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a seguinte justificativa: esta pesquisa será realizada com coleta de dados baseada na investigação de prontuário, lâminas histológicas e blocos histológicos de parafina arquivados no serviço de Patologia Oral da Universidade de Pernambuco, não será necessário abordar ou intervir em nenhum paciente em nenhuma etapa da pesquisa. Outro sim, é importante informar que os pacientes assinam um termo de consentimento no preenchimento da ficha de procedimentos da Universidade autorizando previamente o uso de dados e material para pesquisas científicas.

Recife, 11 de março de 2023.

Atenciosamente,



---

Profª Drª Ana Paula Veras Sobral  
Pesquisadora responsável

**ANEXO D – Modelo da Anuência****ANUÊNCIA**

Eu xxxxxxxx, portadora do CPF: xxxxxxxx; aceito a **Profa. Dra. Ana Paula Veras Sobral**, pesquisadora responsável pelo projeto intitulado “Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões oro-maxilo-faciais: estudo multicêntrico”, e sua orientada nessa pesquisa, Caroline Augusta Belo Faria, para realização do referido projeto, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usadas na pesquisa. Concordo em fornecer subsídios para o desenvolvimento da pesquisa, sendo eles: acesso a informações do setor de coleta de dados, pesquisa laboratório (histopatológico), acesso a prontuários de pacientes, etc. Recife, xx de xxxxx de 2022.

Atenciosamente, Prof(a) Dr(a) xxxxxxxx  
– Universidade xxxxx Matrícula nº:  
Departamento: